Solidariedade ou Competição?

políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha

Lígia Giovanella

Solidariedade ou Competição?

políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha

Solidariedade ou Competição?

políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha

Lígia Giovanella

Sumário

Prefácio

Nos anos de 1970, disseminou-se no meio acadêmico a figura do brasilianista. Naqueles tempos difíceis, em que o acesso a dados e informações estava muitas vezes bloqueado aos pesquisadores nacionais, muitos estrangeiros – valendo-se do salvo-conduto de sua condição – desenvolveram teses de doutorado, escreveram livros e publicaram artigos que tinham o Brasil por objeto. Sem dúvida, a contribuição que deram à reflexão acerca do país foi grande, mas deixaram entre nós, cientistas sociais brasileiros, uma dupla sensação desconfortável de impotência diante da conjuntura e do agravamento do secular complexo de colonizado.

A tese ora editada como livro pertence ao recente e promissor conjunto de trabalhos que pretende modificar essa situação. Agora, os pesquisadores brasileiros não só dominam seu próprio universo, como desbravam, com êxito, searas alheias. Sinal de maturidade. E desbravam searas – o que é particularmente oportuno – ligadas ao tema da política social. Aliar maturidade à oportunidade: eis a qualidade 'número zero' de *Solidariedade ou Competição? Políticas e sistema de atenção à saúde*.

O profundo e detalhado exame do Seguro Social de Doença alemão, realizado por Lígia Giovanella, tem, porém, muitos outros méritos que o credenciam a figurar como obra de referência. Concebido como produto de uma área específica do conhecimento, a saúde coletiva, e, portanto, destinado a gerar subsídios setoriais, o trabalho assume uma abordagem pluridisciplinar que o capacita a transcender a especificidade do tema. Trata-se, pois, de um livro que interessa a todos os estudiosos da política social e é sob este prisma que eu gostaria de destacar alguns pontos que confirmam a qualidade do texto e que são especialmente úteis para enfrentar o debate que ora se trava no Brasil.

Em primeiro lugar, estudos que permitam comparações são sempre bem-vindos. No que diz respeito à política social, o saber hoje acumulado acerca de padrões de proteção, modelos de financiamento, níveis de cobertura etc. resulta,

em grande parte, do acesso – disponibilizado pela literatura especializada – a informações referentes aos diversos tipos de sistemas estabelecidos mundo afora. Este trabalho não só fornece farto material no que concerne ao perfil do seguro de doença alemão, como o localiza com precisão no interior do Estado de bem-estar daquele país. Esclarece, assim, o funcionamento, a evolução recente e, sobretudo, as singularidades (vale dizer, condicionantes, percalços e perspectivas singulares) do chamado modelo meritocrático de política social. Isto ajuda a corrigir a tendência, visível nos dias que correm, ao nivelamento da discussão em torno de propostas monocórdicas de reforma, como se todos os sistemas fossem iguais ou como se as soluções fossem as mesmas para todos os sistemas que se defrontam com vicissitudes. Não são, diz Lígia, e o comprova.

Estudar o seguro social alemão de proteção à saúde, e com o rigor que a autora o faz, pode parecer esoterismo intelectual. Contudo, não custa lembrar que a criação de um sistema nacional de previdência (ou seguro social) no Brasil, por Vargas, na década de 1930 (os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que incluíam, cada um a seu modo, a assistência à saúde, ou, mais corretamente, à doença) obedeceu ao padrão corporativo adotado pelos alemães e teve, aliás, intenções muito similares àquelas que orientaram a ação de Bismarck, quando introduziu os seguros sociais na Alemanha recém-unificada em fins do século XIX.

Não obstante, o interesse comparativo aqui extrapola a já rica dimensão histórica porque, se a semelhança permanece apenas na origem, já que o sistema brasileiro foi unificado nos anos de 1960 e remodelado à inglesa pela Constituição de 1988, a diferenciação posterior é instigante. O seguro de doença alemão, a despeito de ter preservado sua estrutura corporativa, expandiu-se – hoje a cobertura é de 90% da população – e tornou-se mais uniforme, ao passo que o sistema brasileiro, com todas as alterações universalizantes que recebeu, mantém a tradicional dualidade saúde para pobre *versus* saúde para não (ou menos) pobres. Tal constatação, induzida pela leitura do trabalho, leva a um segundo ponto relevante para a discussão, qual seja, a evidência de que a variável modelo institucional de prestação de serviços médicos (corporativo, universal etc.) não é suficiente para explicar o alcance de um sistema em termos da produção de bem-estar. Traduzida para uma linguagem mais polêmica, a evidência sugere que a segmentação do sistema alemão resulta em mais igualdade que o universalismo do sistema brasileiro. Como explicar?

É justamente na linha do oferecimento de explicações plausíveis – no que se refere às diferentes capacidades nacionais para continuar a produzir bem-estar no adverso contexto atual – que o estudo avança. Focalizando explicitamente o seguro de doença em determinado momento de reforma, a denominada terceira etapa da reforma, coisa recente, a autora mostra, de fato, que o sistema de proteção social alemão atenua os efeitos deletérios da competição e dos mecanismos

privatizantes ou de contenção de gastos introduzidos por sua institucionalidade e por sua 'adequação' aos modos de articulação de interesses vigentes na sociedade. Ou seja, sublinha o papel dos arranjos neocorporativos na formulação e na implementação de políticas, a força das associações representativas dos atores envolvidos (as inúmeras caixas que compõem o sistema), a importância da negociação e das instâncias em que ocorre. Sublinha, enfim, a enorme relevância da política na condução da política social e, obviamente, nas reformas que visam à política social.

Este ponto é crucial. Trazê-lo à tona contribui para desmistificar a idéia de que as mudanças que estão sendo operadas nos sistemas de proteção social se pautam por necessidades técnicas inevitáveis e, por conseguinte, apresentam alto grau de homogeneidade. Lígia Giovanella revela, ao contrário, que reformas, por setoriais que sejam, guardam estreita relação com a organização política e os recursos de poder que os interessados – em sua aprovação ou em sua rejeição – possuem, e que, portanto, não constituem, de maneira alguma, assépticas soluções disponibilizadas pela tecnologia; muito menos, soluções aplicáveis indiscriminadamente a qualquer país.

Medidas com o intuito de privatizar a demanda ou racionalizar a oferta de serviços, propostas com vistas a imprimir maior concorrência entre os prestadores ou a reduzir o catálogo de ações, todas elas passam pelo crivo das associações, encaram os desafios das votações, sujeitam-se aos requisitos das coalizões e, ao fim, ao cabo, e no tempo que tais processos exigem, são redefinidas de molde a consubstanciar consensos indispensáveis à própria governabilidade.

Não há receita para ajustar as políticas sociais. O caso da Alemanha é exemplar. Altos índices de desemprego, déficits públicos volumosos, problemas sérios com o provimento de aposentadorias e de serviços médicos, enfim, dificuldades de toda ordem rondam o sistema de proteção social e, sem dúvida, abalam certos princípios que o fundamentam. No entanto, abalar não significa quebrar e, com efeito, as respostas que a sociedade alemã tem dado – ilustradas neste livro com as marchas e contramarchas da reforma do seguro de doença –, demonstram inequívoca resistência política ao desmantelamento (apontado pela ideologia neoliberal como tecnicamente inelutável) de suas políticas sociais.

Países como a Alemanha – cuja institucionalidade valoriza e estimula a concertação e onde os atores organizam seus interesses em esquemas corporativos extremamente agregados e inclusivos – são países que montaram Estados de bem-estar amplos e abrangentes. São igualmente eles que, com a crise aberta a partir do final dos anos 70, passaram a buscar estratégias de reforma que garantissem a manutenção dos direitos conquistados. Nem todos os países, é claro, estão nestas condições. Mas a lição é cristalina e nela consiste o último ponto do trabalho de Lígia Giovanella que quero enaltecer. Se a estrutura política de uma nação influi

decisivamente nos rumos da política social e se, como é mais do que sabido, estruturas políticas variam de nação para nação, não há como aceitar a afirmação da inexorabilidade do desmonte do Estado de bem-estar em conseqüência de um também implacável movimento de globalização da economia. Os caminhos, porque políticos, são múltiplos, as possibilidades, porque políticas, são diversificadas e as perspectivas, porque politicamente construídas, não são, ou nem todas são, fatais.

Porque demonstra tudo isto e muito mais, este livro convida a compartilhar o otimismo e a seguir brigando, no campo das idéias, por um mundo mais justo. É ler para ver.

Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna
Diretora Adjunta de Graduação do Instituto de Economia
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Apresentação

Neste livro, estrutura-se uma análise da proteção social à saúde na Alemanha contemporânea. Trata-se de um estudo de caso que centra seu foco nas especificidades da área da saúde e em seu processo recente de reformulação. Para tanto, são realizadas análises dos princípios constitutivos do modelo de proteção social alemão – seguro social –, bem como da forma específica de organização do Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV) e da organização e regulação dos principais setores de atenção à saúde.

Nos últimos anos, concomitante à difusão da ideologia neoliberal, propagou-se a idéia de que a implementação de políticas conservadoras de caráter restritivo teriam provocado o desmantelamento dos esquemas ampliados de proteção social existentes em diversos países europeus. Desse modo, propostas de expansão de políticas e direitos sociais no Brasil seriam extemporâneas, inviabilizando-se, portanto, a opção de consolidação do direito universal à saúde em nosso país.

Embora tenham sido adotadas políticas de contenção na área social em grande parte dos países de industrialização avançada, os cortes aplicados foram, em geral, seletivos, sem desestruturar os ampliados esquemas de proteção, e os orçamentos sociais continuaram a crescer, ainda que de modo mais lento. Diversos estudos demonstraram que os resultados das políticas de retração dos *welfare states* ficaram aquém do que fizera prever a retórica neoconservadora,[1] em razão da ampliada base de sustentação dos programas sociais, a qual está fundada na institucionalidade destes e nos diversos grupos e atores com interesses setoriais.

---

1 Ao contrário dos conservadores que participaram do processo de expansão dos *welfare states*, na concepção neoconservadora, o *welfare state* é considerado fator central de transtorno na superação do surgimento de crises econômicas (Döhler, 1990).

Nos anos de 1990, os processos de globalização financeira e de formação dos grandes grupos econômicos, as mudanças tecnológicas e da organização da produção e a ampliação do comércio, com o acirramento da competição internacional, colocaram novos desafios às políticas sociais de todos os países. Nestes, entretanto, o enfrentamento de semelhantes desafios processa-se de modos diferentes, e os resultados da implementação de estratégias similares são, com freqüência, distintos (Almeida, 1995).

A análise da proteção ao risco de adoecer em um país de capitalismo avançado – no caso, a Alemanha – contribui para responder a indagação acerca do desmantelamento ou não dos esquemas ampliados de proteção social, bem como de uma suposta tendência de espiral convergente de desproteção (Sinn, 1990 apud Sandmo, 1995), que seria provocada pelo acirramento da competição internacional, uma vez que a garantia de assistência à saúde é um dos principais aspectos da proteção social contemporânea.

Para conhecimento mais aprofundado dos processos atuais relativos à proteção à saúde em países centrais, o caso da Alemanha é especialmente interessante, por se considerar que alcançou sucesso nas políticas de contenção de gastos em saúde nos anos de 1980 – estabilidade de participação dos gastos em saúde no Produto Nacional Bruto (PNB) –, preservando seu sistema de proteção originário.

Duas ordens de questões orientaram a análise realizada. A primeira inclui perguntas acerca do tipo e qualidade das medidas implementadas no processo de reformulação dos sistemas de proteção e de atenção à saúde – aqui denominado processo de contenção, pois teve como principal propósito estabilizar as taxas de contribuição. O segundo conjunto de questões trabalhadas foi quanto aos impactos destas medidas na forma e na extensão da proteção social à saúde, e quanto aos arranjos políticos, constelações de atores e modos de intermediação de interesses subjacentes ao processo de contenção.

A análise do processo de formulação e de implementação de semelhantes políticas pressupôs a influência dos atores sociais e do aparato institucional prévio. A atuação dos atores sociais no processo de formulação e implantação das políticas de contenção condiciona os seus efeitos e alcance, de modo que os resultados das mesmas distanciam-se parcialmente das propostas neoconservadoras previamente formuladas.

Destaca-se a forma característica de concentração neocorporativa na Alemanha, em que interesses e atores estão inscritos na própria institucionalidade setorial, condicionando de forma mais incisiva as mudanças e limitando a abrangência das políticas de contenção. Por sua vez, o modelo de seguro social – fundamento da proteção social alemã – admite privilégios por ser meritocrático e, em decorrência, não é adverso ao aprofundamento de desigualdades, resultado provável de políticas neoconservadoras. Maior ênfase quanto aos seus prin-

cípios constitutivos de eqüivalência e subsidiariedade (subordinados) ou de solidariedade (dominante) depende da intervenção dos atores e da correlação de forças na sociedade.

Neste estudo, busca-se mostrar as especificidades do sistema de proteção social alemão ao risco de adoecer e as singularidades da aplicação de medidas de contenção em determinado caso. Embora exista certa convergência dos mecanismos de contenção em saúde, um receituário comum, difundido por organismos internacionais e seus especialistas, a aplicação destas estratégias similares em contextos nacionais diversos produz diferentes resultados – expressões singulares da tensão entre o particular e o geral –, pois são processadas por atores e instituições nacionais.

Ao contrário do que pretendem demostrar as teses concernentes ao inevitável desmantelamento dos *welfare states*, comprova-se que o sistema de proteção ao risco de adoecer sofreu ajustes marginais, não sendo modificada a sua estrutura. As recentes mudanças implicaram restrições, mas não alteraram o núcleo da proteção em alto nível, de cobertura abrangente, centrada no trabalho assalariado.

No primeiro capítulo, discutem-se os princípios constitutivos do modelo de seguro social e apresentam-se brevemente os diversos ramos do seguro social alemão. No segundo capítulo, estuda-se a proteção social à saúde na República Federal Alemã garantida por meio de ramo específico, o seguro social de doença (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV). Descrevem-se o círculo de beneficiários, definido por regras de inclusão e exclusão e o catálogo de serviços. Discute-se a organização do GKV, examinando suas características básicas, em especial, a administração autônoma das instituições de seguro social de doença, a pluralidade e integração do sistema, composto por Caixas organizadas segundo critérios diversos e, por fim, o financiamento por intermédio de contribuições paritárias de empregadores e trabalhadores.

Dando continuidade à análise da proteção à saúde, no capítulo III, apresenta-se o sistema de atenção à saúde. Os principais setores da atenção médico-sanitária, ambulatorial e hospitalar são descritos e analisados quanto às formas de organização da oferta e dos mecanismos de regulação e, a título de ilustração quando pertinente, apresentam-se dados que possibilitem a contextualização da prestação à saúde na Alemanha em termos internacionais.

A análise dos gastos em saúde tem lugar de destaque no capítulo IV, uma vez que a principal justificativa para as políticas de contenção são os incrementos dos gastos e os conseqüentes déficits e aumentos das taxas de contribuição. A evolução dos gastos totais em saúde e do seguro social de doença são examinados em detalhe, buscando identificar os setores de atenção com maior participação e discutir a pertinência em julgar a evolução dos gastos como problema principal. No que diz respeito à discussão geral quanto à expansão dos gastos em saúde,

analisam-se os motivos evocados com mais freqüência na literatura específica e discutem-se alguns 'mitos'.

No capítulo V, elaborado em co-autoria com o professor Hans-Ulrich Deppe, do Instituto de Sociologia Médica da Universidade de Frankfurt, é narrada a trajetória e discutido o processo de reforma do Seguro Social de Doença (GKV) durante os anos de 1990 em suas três etapas. As propostas e posições dos principais atores sociais para a terceira etapa da reforma da saúde são identificadas e cotejadas qualificando-se as concepções dos atores para a reforma. As principais medidas da legislação aprovada para a terceira etapa são discutidas. Apresentam-se brevemente, ao final, as mudanças legislativas imprimidas pela nova coalizão governamental social-democrata/verdes, a partir de 1998.

A discussão das estratégias de contenção da coalizão conservadora-liberal no processo de reformas do GKV durante os anos de 1990 é realizada no capítulo VI. Entre os processos propostos, destacam-se o co-pagamento como principal mecanismo restritivo e as novas formas de organização da atenção pelas suas potencialidades em imprimir nova direcionalidade ao modelo assistencial. Discutem-se os significados da competição da área da saúde, apontando-se os efeitos deletérios decorrentes da introdução de mecanismos de estímulo à competição entre as Caixas e da ampliação da participação financeira direta dos usuários, no sentido da seleção de riscos e privatização parcial do risco de adoecer. Buscando esclarecer especificidades do processo de reformas na Alemanha, na última sessão do capítulo, são analisados os processos políticos subjacentes às políticas de contenção. Coloca-se em relevo a importância das constelações políticas na produção de mudanças, a direcionalidade dada pela coalizão governamental conservadora-liberal no sentido de contenção e a redefinição dos âmbitos de atuação do esquema neocorporativo.

Na discussão final, as políticas de contenção dos anos de 1990 são avaliadas quanto ao seu impacto no que se refere ao nível de proteção social à saúde garantido e à estrutura do sistema de proteção, em particular sobre os seus princípios constitutivos. Demonstra-se a continuidade de ampla proteção a par das restrições introduzidas e destaca-se na análise o tenso equilíbrio entre os princípios de solidariedade, equivalência e subsidiariedade, reatualizado a cada conjuntura.

Várias pessoas e instituições colaboraram para que este trabalho pudesse ser realizado. Em primeiro lugar, agradeço a estimulante convivência intelectual com os companheiros de trabalho e estagiários de várias fases do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Nupes), grupo de pesquisa do qual participo, em especial à Sonia Fleury, que me iniciou nos caminhos da pesquisa.

Um agradecimento muito especial ao meu orientador da tese de Doutorado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), que

deu origem ao presente livro, Eduardo Navarro Stotz. Analista perspicaz e leitor atento, suas observações muito contribuíram para a qualidade da análise. Sem a participação dele, este trabalho não teria se concretizado.

Da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do Ministério da Educação, em convênio com o *Deutscher Akademischer Austauschdienst* (DAAD), recebi bolsa de doutorado sanduíche para realizar a pesquisa em Frankfurt.

A pesquisa para a preparação da tese, base deste livro, foi realizada durante o período que passei no *Institut für Medizinische Soziologie des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität*, entre abril de 1996 e junho de 1997. Sou reconhecida aos integrantes deste departamento que me aceitaram como pesquisadora visitante e, em especial, a Hans-Ulrich Deppe, que me recebeu como co-orientador. A Klaus Stegmüller, Kai Michelsen e Thomas Gerlinger sou grata pela solidariedade e generosidade com que esclareceram dúvidas e pelas estimulantes discussões e aguçada crítica da política de saúde local.

Expresso também meu reconhecimento aos colegas de trabalho do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde e da Subárea de Políticas Públicas e Saúde, assim como aos nossos alunos do mestrado na Ensp, pelo estímulo, e aos professores e colegas do doutorado, pela agradável convivência. E, ainda, a Sarah Escorel, Lenaura Lobato e Jeni Vaitsman, pelo apoio afetivo e intelectual e a Eliana Granja, pela dedicada revisão da tese.

Ao Heini, meu amor, por ter possibilitado, com sua dedicação, a realização da pesquisa. Ao Leonardo, pela alegria e novidade de seu olhar sobre o planeta.

Introdução

Welfare State: 20 anos de crise?

Não é recente a consideração de que os Estados de bem-estar social estariam em crise. Nos anos de 1950, a crise já fora assinalada (Titmuss, 1958; Briggs apud Hinrichs, 1994), mas foi com a recessão mundial, a partir de 1973-1974, que se difundiu amplamente a noção geral de uma 'crise'[2] dos *welfare states*.

No contexto de recessão econômica, enfatizou-se a discussão a respeito de constrangimentos econômicos e financeiros para a continuidade da expansão e da própria manutenção dos esquemas ampliados de proteção social, anunciando-se o esgotamento da capacidade fiscal do Estado de resposta às demandas sociais. As interpretações para a crise assumiram diferentes matizes, dependendo dos posicionamentos ideológicos.[3] A mais disseminada, de cunho liberal, responsabilizou o *welfare state* pelos acontecimentos econômicos. Segundo o argumento liberal-conservador, a expansão dos gastos sociais e a regulação estatal seriam responsáveis pela inflação, declínio de investimentos e empregos. A proteção social produziria falta de incentivo ao trabalho e diminuição da produtividade. Desse modo, o *welfare state* corresponderia a uma concepção perversa e falida do Estado, responsável pela crise econômica ao impedir o livre jogo das forças de mercado[4] (Gildes, 1982 apud Draibe &

---

2 Em razão de o termo crise envolver descontinuidade, torna-se difícil admitir uma crise por tão longo tempo. Atualmente, consideram-se os *welfare states* como em processo de transição.

3 Para visão abrangente das diversas motivações da crise, em língua portuguesa, consulte Draibe & Henrique (1988) e Fleury (1994).

4 A interpretação da incompatibilidade entre eqüidade e eficiência origina-se deste tipo de concepção liberal. A promoção da eqüidade pelo Estado seria impeditiva do livre jogo das forças de mercado, as quais, por sua vez, seriam tidas como promotoras da eficiência por supostamente alocarem os recursos de maneira ótima.

Henrique, 1988; Offe, 1991). Apesar da fraca fundamentação empírica da concepção liberal conservadora, foi nesta noção de crise do *welfare state* que se inspiraram os esforços de contenção.

Outra tese difundida e, em certos aspectos, compartilhada por progressistas e conservadores é a que se refere à natureza financeira e fiscal da crise. O declínio econômico acentuaria as tendências estruturais ao estrangulamento da base de financiamento vinculada aos salários, uma vez que mudanças no mercado de trabalho produzem volume cada vez menor de trabalhadores ativos, de cujas contribuições depende crescente número de beneficiários.[5]

Ainda nesta linha, no campo da interpretação marxista, a crise inscrever-se-ia em uma crise fiscal do Estado, expressa no crescimento dos gastos públicos mais rápido que o dos meios para financiá-los. A tensão permanente enfrentada pelo Estado capitalista, decorrente de suas funções contraditórias – conciliar a necessidade de gastos públicos crescentes, visando à legitimidade e coesão social, e, ao mesmo tempo, regular e promover a acumulação capitalista – geraria tendência à crise (Gough, 1979).

Outra linha de análise pondera que a crise do Estado de bem-estar deve-se ao colapso do pacto político interclasses, o qual, combinado às propícias condições de crescimento no pós-guerra, possibilitou a expansão do *welfare state*. Este pacto fundou-se na aceitação da lógica do lucro pelos trabalhadores e na concordância dos empresários com as políticas redistributivas, criando condições para consenso mínimo. A partir dos anos de 1970, com a redução do crescimento, segundo Offe (1983), voltam à cena os conflitos distributivos e restringem-se as bases de negociação, desfazendo-se o pacto e esgotando-se a virtuosa relação entre políticas sociais e políticas econômicas de corte keynesiano.

No início dos anos de 1980, com novo ciclo de crescimento econômico, a discussão sobre a crise atenuou-se. Embora tenham sido implementadas reformas no sentido da contenção de gastos, a proteção social, na maioria dos países da Europa ocidental durante a década de 1980, permaneceu abrangente, e os sistemas de proteção conservaram-se estáveis, não tendo sofrido reestruturações profundas. Neste processo, mantiveram-se as instituições e programas centrais de proteção social e foi parcialmente contida a dinâmica expansiva anterior. Os orçamentos destinados ao bem-estar passaram a crescer de modo mais lento. Restrições foram introduzidas de forma mais intensa na Grã-Bretanha que nos EUA e mostraram-se pouco significativas em países como França, Suécia ou Alemanha. Os resultados alcançados pelas políticas de governos conservadores nos países centrais – redução de despesas em programas específicos – foram menores do que o planejado.

---

5 As soluções contudo divergem. Para os progressistas, a questão estaria em como garantir financiamento, uma vez que a redução da atividade econômica, ao mesmo tempo em que diminui as receitas públicas, aumenta as exigências dos programas sociais. Para os conservadores, a solução estaria em definir cortes que garantam o equilíbrio das contas.

Diversos estudos que analisaram as políticas conservadoras desse período salientam a importância de aspectos institucionais – diferentes estruturas e legado político – e de novos grupos e formas de organização de interesses, como fatores de resistência às mudanças mais profundas e de condicionamento das políticas implementadas, demonstrando o espaço das relações políticas na determinação dos processos de reestruturação da proteção social (Pierson, 1995; King, 1988; Kolberg & Esping-Andersen, 1990; Kolberg, 1991; Ruin, 1991; Almeida, 1995 e 1997; Hinrichs, 1994; Werneck Vianna, 1997; Windhoff-Héritier, 1996; Esping-Andersen, 1996).

Nos anos de 1990, a questão da crise do *welfare state* foi reavivada em contexto de nova recessão econômica, de avanço da integração européia e de intensificação de processos que têm sido referidos à 'globalização da economia' – deslocamento rápido de capitais especulativos, expansão do comércio mundial, acirramento da competição internacional –, assim como em situação de desemprego crescente (Langan, 1993; Hinrichs, 1994).[6] Não é possível, contudo, demarcar uma crise objetivada na ultrapassagem de determinado limite de gastos sociais com conseqüências definidas sobre a economia. As relações entre performance econômica e expansão de programas sociais são complexas e não lineares (Vobruba, 1989; Berger, 1990).

Na comparação entre nações, não se pode encontrar clara evidência da relação entre eficiência macroeconômica e níveis de proteção e de gastos sociais. Instabilidades nos processos econômicos não são imputáveis às atividades de bem-estar, como também o 'valor econômico' da política social é difícil de ser averiguado (Sandmo, 1995). Não é possível provar que a expansão de programas sociais piora a performance econômica, nem que a boa performance econômica acompanha baixos investimentos sociais (Schmidt, 1989). Mesmo assim, com mudança nas condições econômicas, aumenta a pressão para a contenção em programas de bem-estar. A noção de crise se expande, mais porque o discurso político passa a ser dominado por argumentos de que não podem ser mantidos a forma de financiamento, o nível de gastos sociais ou a extensão de programas sociais vigentes, e menos por conta de manifestações objetivas (Hinrichs, 1994).

A concepção que se difunde nos anos 90 consiste na idéia de que a diminuição dos custos sociais do trabalho seria vantagem comparativa fundamental tanto para a atração de capitais produtivos como para garantir níveis superiores de produtividade e, conseqüentemente, açambarcar maiores fatias do mercado mundial para os capitais instalados no território nacional.[7]

---

6 Além do fim da guerra fria, o que também influenciou na intensificação das pressões para a redução de gastos sociais. Para uma abordagem abrangente do fenômeno da globalização, consulte Ianni (1995).

7 Os custos sociais dos salários integram importante argumento quanto à convergência das políticas sociais como conseqüência da globalização. A diminuição dos salários sociais acarretaria diminuição dos preços dos produtos, aumentando a competitividade das empresas e atraindo novos capitais. A competição por custos sociais mais baixos produziria espiral descendente, que levaria ao mais 'baixo denominador comum' das proteções sociais nacionais. (continua)

A Alemanha é exemplo claro da parcialidade do argumento de que o fator preponderante para a localização do investimento produtivo é o custo do trabalho. Isso porque o país ocupa o segundo lugar no *ranking* dos países exportadores, sendo superado apenas pelos EUA, embora os custos do trabalho na Alemanha – salários e custos sociais – sejam dos mais altos quando em comparação internacional. Contudo, apesar da lenta evolução dos custos totais do trabalho nos últimos anos, e ainda que os empresários alemães tenham melhorado sua posição nas disputas distributivas,[8] intensificaram-se os reclamos por sua redução. Os empresários pressionam pela redefinição entre auto-responsabilidade e solidariedade, em detrimento da última (Hinrichs, 1994). É nestes termos que se desenvolve o debate sobre o custo/posição da Alemanha na competição internacional (*Standort Deutschland*), reavivando a noção de crise do 'Estado Social'.

Outra noção que se espalha não é apenas aquela de crise fiscal do Estado, mas sim de crise do próprio Estado nacional soberano e com capacidade de influenciar a produção econômica nos limites de seu território, o que significa que, ao mesmo tempo, aumentariam as restrições para a influência política dos diversos atores sociais, pois se estreita o campo de possibilidades de decisões do Estado nacional.

Contudo, a garantia dos direitos de cidadania continua sendo obrigação do Estado nacional, inclusive na circunstância em que a reprodução do capital é cada vez mais transnacionalizada. A reprodução social e da ordem política continuam subordinadas às esferas nacionais (Fleury, 1994; Fiori, 1995; 1995a).

A política social permanece como uma função dos Estados nacionais, ainda que sejam observadas tendências de seu enfraquecimento.[9] As políticas sociais são afetadas por constrangimentos pelos quais passam os Estados nacionais em virtude da globalização do mercado econômico e acirramento da competição internacional, mas esse estado de coisas não implica a adoção de mesma direção por todos os países. Não está em pauta um sistema social único ou comum, inclusive nas iniciativas de integração supranacional, como é o caso da União Européia

---

Embora essa hipótese não possa ser descartada, suas evidências são limitadas. Salários sociais baixos são apenas um dos fatores que pesam na decisão dos investidores, pois também influenciam tal decisão a infra-estrutura, a produtividade dos trabalhadores e o mercado de consumo, entre outros. Contudo, mesmo que salários sociais altos fossem associados com performance econômica baixa, não se justifica afirmar que necessariamente ocorrerão ajustes convergentes nas políticas sociais.

8 A carga fiscal sobre atividades empresariais diminuiu de 21,2%, em 1980, para 13,5%, em 1993 (Schäffer, 1996a).

9 Lembrando sempre que, mesmo quando absolutista, sua capacidade de intervenção era condicionada, isto é, não era ilimitada. O Estado nacional também é *constructo* tipo-ideal. É historicamente datado e não se fez presente da mesma forma em todos os territórios. A concepção atual de Estado diz respeito à forma em que surgiu a partir dos séculos XV e XVI na Europa. Não necessariamente teria caráter universal, em duplo sentido: nem sempre teve (ou tem) caráter global e nem sempre existiu (não é perene) (Esser, 1997).

(Hinrichs, 1994; Alvater, 1994a). Ao mesmo tempo em que a União Européia se integra econômica e monetariamente, os sistemas sociais nacionais permanecem relativamente protegidos. Em relação às políticas sociais, foram feitas apenas recomendações gerais ou apresentados padrões flexíveis que podem ser adaptados pelos governos nacionais. Na União Européia, os sistemas sociais permanecem estruturados em nível nacional, mas, ao mesmo tempo, as estratégias setoriais neoconservadoras subordinam as políticas sociais à política econômica, o que induz simultaneamente a certa similaridade entre as estratégias setoriais dos diversos países.

Ainda que não se possa imaginar uma unificação européia sem 'união social', com a definição de padrões mínimos comuns de bem-estar social, o objetivo, na visão dos defensores dos princípios de 'livre mercado', é a construção de um espaço o mais amplo possível de livre mercado e de circulação não regulada de capitais e não o aprofundamento da integração política e social. Nesta concepção, a política social funda-se na desregulação das relações de trabalho (flexibilização), que nada mais é do que um eufemismo para a redução dos salários reais (Alvater, 1994b).

Para Bieling (1996), a discrepância entre a transnacionalização de funções estatais econômicas e a fragmentação da proteção social em nível nacional não significariam orientações políticas divergentes. Os propósitos das políticas sociais convergiriam, porém, os resultados de sua aplicação seriam diversos em virtude das diferenças culturais e institucionais.

Por um lado, o direcionamento comum de corte neoliberal da política econômica – voltada à competição internacional – e dos critérios para a unificação acarretam a subordinação da política social à política econômica, direcionando-a. Assim, poderiam ser identificadas tendências de ampliação das camadas cobertas com seguros privados, de crescimento do mercado de seguros privados complementares adicionais e de estreitamento das regras de elegibilidade e de comprovação de necessidades. Além disso, estaria ocorrendo certa convergência na forma de financiamento, isto é, da relação entre recursos fiscais e contribuições sociais e se poderia observar tendência à redução dos encargos empresariais, seja de impostos ou contribuições (Bieling, 1996).

Por outro lado, uma orientação geral comum não implica na implementação de idênticos conteúdos das políticas. Os Estados nacionais enfrentam de diferentes modos os desafios impostos pelas condições inovadoras de competitividade decorrentes da globalização e pelos novos problemas sociais gerados pelo deslocamento dos capitais de modos diferenciado.

Características nacionais levam à produção de estratégias e ênfases nacionais diferenciadas (Döhler, 1990; Almeida, 1995 e 1997). A convergência de estratégias políticas na área social não deve levar à interpretação de que os sistemas de proteção social sofrerão assimilação completa em nível e estrutura. A permanência de siste-

mas de proteção diferenciados está condicionada não apenas pelas importantes diferenças no volume de benefícios entre os diferentes países da região, grandes demais para serem equiparadas através de transferências de fundos, mas, principalmente, pela diversidade de estruturas e instituições de bem-estar (Bieling, 1996).

Apesar da convergência parcial de formas e instrumentos da regulação – de modos de financiamento e critérios de distribuição –, as instituições de bem-estar se reproduzem de formas específicas, uma vez que estão profundamente arraigadas na cultura política nacional. As formas de racionalização dos orçamentos sociais diferem; desse modo, cortes acabam por produzir resultados diversos em cada país e tipo de proteção.

Os rumos das políticas conservadora-liberais são, portanto, condicionados pela correlação de forças políticas em cada conjuntura e pela institucionalização anterior da proteção. É a análise destes aspectos que permite conhecer a singularidade e a complexidade dos processos setoriais; diferente daquela que subsume a proteção social contemporânea à esfera econômica, o que limita as possibilidades de construção de opções às políticas neoconservadoras, além de resultar em parcialização e incompreensão dos problemas.

Vale ainda lembrar que uma análise historicamente fundamentada mostra que as políticas sociais desdobram-se no tempo. Estudos históricos de longo prazo têm demonstrado que as políticas sociais têm caráter cíclico e fragmentado (Piven & Cloward, 1971). Assim, não se confirmaram as expectativas dos autores mais otimistas dos anos 60, que visualizavam movimento ascensional a partir de um modelo de proteção social de tipo assistencial, passando pelo seguro social, para alcançar então a plena realização da cidadania por meio da seguridade social. A incorporação das demandas sociais produziu e cristalizou diferentes padrões institucionais, por mais que todos os países estivessem submetidos a processos econômicos similares. As estratégias adotadas com sucesso pelos atores locais contradizem expectativas de convergências globais (Pierson, 1995).

Proteção Social à Saúde: crise e contenção

As políticas de saúde, no que tange à expansão da assistência médica a toda a população, correspondem a importante atribuição dos Estados de bem-estar e estão "submetidas aos mesmos incentivos e limites políticos-institucionais" que norteiam a conformação e reformulação dos mesmos (Almeida, 1995:15). Por conseguinte, o estudo das políticas de saúde pode contribuir para a compreensão dos processos atuais pelos quais passam os Estados de bem-estar.

Na área da proteção à saúde, a noção de crise também tem sido reiterada.[10] Nos anos de 1960 e primeira metade dos 1970, período de mais forte expansão dos *welfare states*, os questionamentos advindos de movimentos críticos de diversas tendências dirigiam-se tanto à necessidade de extensão de cobertura para populações não assistidas, como criticavam o próprio caráter da prática médica hospitalocêntrica, cada vez mais intervencionista, especializada e heterônima, sujeitadora dos pacientes ao poder médico. As proposições decorrentes de tais diagnósticos levaram à ampliação da proteção para novos grupos, à realização de reformas sanitárias 'positivas' e à criação de práticas participativas, buscando a democratização do conhecimento médico e maior autonomia dos pacientes, tomados como sujeitos e não como objetos do poder médico. A revitalização de terapias tradicionais e a difusão de novas terapias alternativas teve também aí a sua origem (Almeida, 1997).

Seguindo-se à 'crise do *welfare*', a partir da segunda metade dos anos de 1970, em contexto de recessão econômica, a estas críticas somaram-se aquelas dos conservadores relativas aos custos 'excessivos' da assistência médica.[11] Desde então, a questão do incremento da eficiência macroeconômica tornou-se objetivo central das políticas de saúde, perseguido por governos neoconservadores, e políticas de contenção de gastos têm sido implementadas. Conquanto o aumento crescente dos gastos em saúde deva ser imputado a um amplo conjunto de fatores, os argumentos neoconservadores estiveram centrados no excesso de demandas dos usuários e na ineficiência da administração pública, uma vez que a responsabilidade pelo financiamento com a extensão de cobertura passara a ser, de modo predominante, do setor público. Tanto uma como outra teriam por base a insuficiência da presença de mecanismos de mercado. O setor careceria especialmente dos 'benéficos' efeitos da sinalização de preços, tanto para os prestadores como para os consumidores.

Neste contexto, a intervenção estatal na área da saúde nos anos de 1980 foi motivada por uma retórica ideológica comum de minimização da atuação estatal nos compromissos sociais, o que provocou um movimento privatizador também no campo sanitário (Almeida, 1995).

Assim, durante essa década, os sistemas sanitários de diversos países centrais passaram por reformulações cujo objetivo principal esteve no controle dos gastos públicos em saúde.[12] As agendas de reformas neoconservadoras, segundo

---

[10] Para uma visão geral e análise abrangente das noções de crise e reformas na área da saúde, consulte Almeida (1995 e 1997).

[11] A expansão dos gastos é anterior, mas é com a crise econômica que o tema toma o centro da agenda.

[12] É interessante observar que o controle e a estabilização de gastos já fora alcançado em alguns países nos anos de 1970, como é o caso da Inglaterra (Almeida, 1997), não estando a necessidade de contenção, portanto, baseada em desempenho inadequado, e sim sobre uma retórica da necessidade de contenção.

Almeida (1995), tiveram como premissas: privilégio do consumidor em detrimento do cidadão; inovações na organização e distribuição de serviços fundadas na assistência gerenciada, com o objetivo da eficiência alocativa por parte dos prestadores e de escolhas 'conscientes quanto aos custos' por parte dos consumidores; ênfase nas questões gerenciais com deslocamento de poder para os administradores em prejuízo dos profissionais e descentralização das atividades e responsabilidades financeiras para níveis subnacionais e para o setor privado.

Na Alemanha, as reformas setoriais acompanharam estes movimentos, apresentando especificidade própria. Para os anos de 1990, o discurso da necessidade de contenção de gastos em saúde foi revitalizado e premissas similares impulsionaram as propostas neoconservadoras no campo sanitário neste país, cuja análise é objeto do presente livro. As reformulações implementadas e seus resultados, entretanto, não convergiram imediatamente para aqueles objetivos, dada a singularidade da proteção social alemã e de seus processos políticos.

O Seguro Social de Doença Alemão: estabilidade e contenção

A proteção social à saúde na Alemanha é organizada segundo o modelo de seguro social, diferenciando-se de sistemas de proteção diretamente estatais – serviços nacionais de saúde do tipo britânico – e daqueles fundados primariamente no mercado – seguros de saúde privados do tipo americano ou suíço. Sua instituição central é o Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung* GKV).

O *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) é parte de amplo sistema de proteção social, com o qual compartilha princípios e características básicas, conformando um dos cinco ramos de seguro social: seguro velhice, invalidez e morte (*Rentenversicherung*), seguro-doença (*Gesetzliche Krankenversicherung*), seguro-desemprego (*Arbeitslosenversicherung*), seguro de acidentes de trabalho (*Unfallversicherung*) e seguro para cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung*). A assistência social, outro dos eixos da proteção social alemã, é regida por princípios distintos daqueles do seguro social e assegura renda mínima mediante a comprovação de carência por testes de meios.

Assim como os outros ramos do seguro, o Seguro Social de Doença alemão é centrado no trabalho assalariado. Nos dias atuais, contudo, garante proteção ao risco de adoecer de forma inclusiva e abrangente. Cobre 90% da população e seu catálogo de ações médico-sanitárias é completo: inclui atenção médica ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção, assistência farmacêutica, odontológica e psicoterápica, entre outros. Além destas ações de assistência à

saúde, o Seguro Social de Doença abrange, entre seus benefícios, transferências financeiras, sendo a principal a continuidade do pagamento de salários em caso de doença: o auxílio-doença.

Alta estabilidade e continuidade de sua estrutura sob diferentes governos caracterizam o Seguro Social de Doença alemão. Desde os anos de 1950, embora tenham sido repetidamente discutidas propostas de reformas, estas não foram implementadas, tendo ocorrido constante expansão de serviços e gastos com base no mesmo tipo de estrutura estipulado quando da sua criação pela Lei do Seguro-Doença dos Operários de 1883.

Na segunda metade dos anos de 1970, em contexto de desaceleração do crescimento econômico, uma política de gastos orientada pelas receitas foi assumida, sendo a República Federal Alemã (*Bundesrepublik Deutschland* - BRD), considerada como um dos primeiros países a implantar mecanismos de controle de gastos na área da saúde. Já em 1977, foi promulgada a primeira lei de contenção (*Kostendämpfungsgesezt*). Sempre que os gastos do GKV aumentaram mais que os salários, amplos debates foram promovidos pelo governo e concluídos pela promulgação de uma lei, tendo-se atingido certa estabilização dos gastos.

Este processo foi intensificado, a partir de 1982, com a entrada e posterior permanência do gabinete da coalizão conservadora-liberal – comandada pela democracia cristã –, que introduziu cortes em diversos programas sociais, em especial nos benefícios da assistência social e seguro-desemprego, que foram os mais atingidos por serem tidos como essenciais à 'flexibilização do mercado de trabalho'. Ao final dos anos de 1980, novas pressões econômicas – com projeções de importantes déficits a longo prazo, como resultado de alteração da relação contribuintes/beneficiários[13] – propiciaram o reconhecimento de que o sistema de pensões deveria passar por cuidadoso exame. A estratégia governamental adotada para aprofundar as medidas de contenção foi a de buscar o consenso entre especialistas e o apoio da social-democracia (Pierson, 1995).[14] A estrutura básica do sistema permaneceu, entretanto, inalterada, tendo sido realizados cortes por intermédio da diminuição das taxas de restituição no cálculo das aposentadorias e do aumento da idade de aposentadoria e das contribuições.

Os cortes na área social nos últimos anos na Alemanha, todavia, foram acompanhados pela criação e extensão de outros benefícios, como foi o caso da instituição, em 1994, do seguro obrigatório para cobertura de cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung*). O surgimento deste novo ramo do seguro social não pode ser desvinculado do processo de contenção. Ao mesmo tempo em que

---

13 A proporção número de contribuintes/beneficiários está ligada ao envelhecimento populacional, mas sua redução não é conseqüência direta do mesmo, como freqüentemente afirmado. Depende também da entrada de novos contribuintes no mercado de trabalho.

14 Todos os partidos, exceto o partido verde, apoiaram a reforma do sistema de previdência, aprovada em 1989.

significa que mais um risco social passou a ser assegurado solidariamente, sua criação teve também como propósito o alívio dos orçamentos das Caixas do Seguro Social de Doença (*Krankenkassen*), por meio da abolição destes cuidados de seu catálogo e, principalmente, a redução de semelhantes despesas realizadas pela assistência social dos estados e municípios. De todo modo, a criação do *Pflegeversicherung* expressa ampliação dos direitos sociais e indica a continuidade da importância política dos programas sociais.

Considerada como um dos países que obtiveram maior sucesso na contenção dos gastos de saúde nos anos de 1980, a República Federal Alemã alcançou a estabilização dos gastos em relação ao PIB – tanto totais como do GKV –, mantendo, porém, o seu sistema de saúde original (Almeida, 1995; Poullier, 1990). Tetos orçamentários foram fixados, em geral, de forma negociada, para diversos setores de atenção e sua evolução foi acoplada aos aumentos médios do conjunto dos salários, isto é, às receitas de contribuição. No setor ambulatorial, a renda dos médicos foi controlada mediante o reforço das atribuições regulatórias das Associações dos Médicos das Caixas e das Comissões Conjuntas Médicos e Caixas. Paralelamente, a cota de participação direta e adicional dos segurados (co-pagamento) nos custos de atenção médica foi gradualmente ampliada.

As medidas implementadas até o final da década de 1980, na Alemanha, segundo Alber (1992), diferentemente de outros países, não significaram a escolha entre as alternativas mercado *versus* Estado ou competição e regulação. A reorganização do GKV baseou-se especialmente no fortalecimento dos níveis intermediários de representação de interesses (Döhler, 1990).

O sucesso do caso alemão durante a década de 80 pode ser relacionado às formas de concertação utilizadas para a formulação das políticas de contenção – concertação setorial e específica para certas áreas do processo decisório – e à tradição e capacidade reguladora do Estado alemão. A tendência geral das novas regulamentações introduzidas foi o fortalecimento da competência das Associações – de Caixas, de Hospitais, de Médicos Credenciados, entre outras – para determinar diretrizes padronizadas e, com isso, aumentar o controle destas Associações quanto ao comportamento dos prestadores individuais, no sentido da garantia de qualidade e eficiência e, ao mesmo tempo, reforçar a influência, até então restrita, das Caixas quanto à prestação (Deppe, 1987; Weber, 1988).

A regulação por meio das associações intermediárias foi intensificada de três formas. O fundamento macro constituiu-se na 'Ação Concertada em Saúde' – da qual participam representantes das principais organizações 'sociais pico' e setoriais –, que tem como objetivo promover a condução negociada global para o sistema. O segundo fundamento de regulação, visando à condução mais restrita, conforma-se pelas 'comissões conjuntas', constituídas pelas associações das Caixas e dos Médicos das Caixas, organizadas em nível federal e estadual, e pelas

negociações entre Caixas e as associações dos diversos prestadores. O terceiro fundamento está na auto-regulação interna às próprias associações de prestadores. Este processo de regulação negociada significou diminuição da autonomia dos prestadores individuais e maior competência das Caixas no monitoramento de custos, planejamento de necessidades e garantia de qualidade (Alber, 1992).

Esta forma de regulação é consoante com o modelo de desenvolvimento econômico alemão, 'economia social de mercado', implementado após a segunda guerra mundial. Inicialmente formulado como oposição ao nazismo. Este modelo aliou uma adequada intervenção estatal, responsável pela criação de estrutura delimitadora da operação da competição com políticas de estabilização e medidas anticíclicas. Na concepção deste modelo, o estado deveria administrar a competição, sendo a intervenção estatal necessária face à monopolização própria do capitalismo. Este padrão capitalista subentende estreitas relações entre economia e política social, ocorrendo uma "peculiar relação favorável entre salários reais elevados, proteção social ampla e aumentos sucessivos de produtividade" (Braga, 1999:213).

Ao final dos anos de 1980, a contenção no Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV) intensificou-se. O objetivo de estabilizar as taxas de contribuição do GKV foi reiterado, e os propósitos explícitos de desonerar o fator trabalho e defender a posição do capital alemão na competição internacional foram reforçados. Este processo recente ficou conhecido como 'reforma da saúde' e constituiu-se em três etapas.

Sua primeira etapa, a Lei da Reforma da Saúde de 1988 (*Gesundheitsreformgesetz* - GRG), reforçou a competência das Caixas no controle dos serviços prestados por médicos e hospitais e na condução negociada. Mudanças na cesta (catálogo de ações) de serviços cobertos foram implementadas com a introdução de restrições, além de serem adotadas novas ações preventivas, pela primeira vez assumidas como prioritárias.

Por sua vez, a Lei da Estrutura da Saúde, de 1992, visou a estabilizar as taxas de contribuição por meio do reforço da competição entre as Caixas. Para tanto, ampliou a liberdade de escolha das Caixas para os operários, prerrogativa até então restrita aos empregados e aos segurados voluntários, e introduziu um sistema de compensação da estrutura de riscos entre as Caixas. Estabeleceu ainda tetos orçamentários por setor de atenção. Aumentos nos respectivos orçamentos foram condicionados à taxa média de aumento da receita do conjunto das Caixas (Schulenburg, 1994; Stegmüller, 1996a; Braun, 1995).

A 'terceira etapa da reforma da saúde', concretizada nas Leis de Reordenação do Seguro Social de Doença e promulgada em 1997, deu seqüência à Lei da Estrutura da Saúde, viabilizando a competição entre as Caixas e, ao mesmo tempo, diferenciou-se das etapas anteriores por intensificar as medidas restritivas.

O foco da análise do processo de contenção dos anos de 1990 realizada neste trabalho centra-se nesta 'terceira etapa da reforma' do Seguro Social de Doença (GKV), na qual a coalizão conservadora-liberal no governo teve por objetivo introduzir novos mecanismos de regulação, com vistas à liberação de mecanismos de mercado e concretização da competição entre os provedores de seguro – Caixas de Doença –, a fim de promover a estabilização das taxas de contribuição. O propósito central, sempre renovado, da coalizão governamental conservadora-liberal, foi a diminuição dos custos sociais do trabalho, condição tida como prévia à melhoria da posição do capital alemão no mercado mundial.

Este propósito acarretou a subordinação das políticas setoriais às políticas econômicas, restringindo e direcionando as escolhas. Embora o incremento dos gastos em saúde possa ser em grande parte creditado à forma e à organização da prestação dos serviços, foram eleitas pela coalizão governamental medidas principalmente restritivas e que podem ser classificadas como de 'racionalização da demanda'. Em virtude da forte vinculação aos interesses econômicos, os objetivos setoriais de eficiência microeconômica foram preteridos, priorizando-se o controle de déficits e o alcance de eficiência macroeconômica por meio do co-pagamento e outras medidas restritivas. Assim, nesta etapa de reforma, observa-se a tendência à privatização parcial que se estabelece pelo deslocamento de parte do financiamento público e solidário para os domicílios privados: uma privatização parcial dos riscos de adoecer.[15]

A Pesquisa

O objeto da análise do presente livro esteve direcionado às reformas do sistema de proteção à saúde nos anos de 1990. A opção, ao editar este livro, contudo, foi por uma abordagem extensiva, que abarca também o sistema de proteção e o de atenção à saúde, uma vez que se pretende dar conta das especificidades da proteção à saúde neste caso particular. Tal opção permite ao leitor uma compreensão mais detalhada dos diversos aspectos da proteção social ao risco de adoecer contemporânea na Alemanha, assim como das especificidades do processo recente de reformulação setorial. No exame das reformas, optou-se por uma análise do conjunto dos mecanismos de contenção de forma não extensiva – em especial, a competição e o co-pagamento – e dos processos políticos subjacentes, renunciando-se a uma análise detalhada de cada uma das medidas propostas e/ou implementadas.[16]

---

[15] E não pela mudança da propriedade dos estabelecimentos de saúde nem pela provisão diretamente privada de seguros-doença.

[16] Para uma análise detalhada das medidas implementadas, consulte Giovanella, 1998.

A pesquisa para a preparação do presente estudo foi realizada durante o período em que participei como pesquisadora visitante do Institut für Medizinische Soziologie des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität (Instituto de Sociologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Frankfurt), entre abril de 1996 e junho de 1997, possibilitada por bolsa de doutorado sanduíche concedida pela Capes, do Ministério da Educação, em convênio com o Daad e com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz, na qual cursei o doutorado.

O estudo incluiu revisão bibliográfica, análise documental, consolidação de dados secundários e entrevistas. A revisão de literatura internacional teve por base, especialmente, a de língua alemã recente. Esta escolha dá à pesquisa um certo viés: o da visão alemã no que se refere a medidas de contenção inicialmente formuladas para outros países, a exemplo dos EUA. Entretanto, tal opção agrega novas interpretações e realça aspectos distintos.

A análise documental envolveu a leitura de documentos originais das propostas e posições dos principais atores sociais e dos textos dos respectivos projetos de lei e leis aprovadas, pois tanto analisei as medidas implementadas a partir de revisão da literatura, como levantei e resumi as principais propostas para a terceira etapa da reforma. Além destas fontes primárias, ampla literatura setorial foi consultada.

Para grande parte das informações quantitativas apresentadas foram utilizados dados secundários consolidados a partir de séries estatísticas divulgadas pelo *Statistiches Bundesamt* (StBA) (Departamento Federal de Estatística), pelo Ministério da Saúde, *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) e pelo Ministério do Trabalho e Ordem Social, *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* (BMAS), em diversas publicações. Para a comparação internacional foi utilizado um banco de dados organizado pela Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), disponível em disquete: OECD Health Data for Windows.

Algumas entrevistas com integrantes de organizações setoriais foram efetuadas para esclarecimento de pontos relativos ao funcionamento do Seguro Social de Doença e do sistema de atenção à saúde. As entrevistas tiveram por base um roteiro individualizado. Após transcritas, as informações mais relevantes foram incorporadas ao texto.

A diversidade e abrangência das fontes permitiu análise detalhada e clara compreensão das reformas e da organização dos sistemas de proteção e atenção à saúde na Alemanha. Os resultados dessa pesquisa são apresentados nos capítulos subseqüentes.

1 Proteção Social Alemã

A organização do estado de bem-estar alemão é paradigmática de um dos tipos ideais de caracterização dos sistemas de proteção social modernos: meritocrático-corporativo (Titmuss, 1958), conservador (Esping-Andersen, 1990) ou de seguro social (Fleury, 1994; Werneck Vianna, 1995).[17]

Criado por Bismarck ao final do século XIX, o seguro social alemão tem sua gênese e a estrutura intimamente ligadas ao conflito capital-trabalho.[18] Na Alemanha, durante o processo conservador de transição para o capitalismo, o Estado autoritário tomou para si a responsabilidade pela segurança social e incluiu gradualmente a população dependente do trabalho assalariado na solidariedade obrigatória.[19]

A política social de Bismarck, para além do enfrentamento da questão social, conformava uma proposta intencional de organização corporativa da sociedade – corporações submetidas ao Estado – e de ampliação do controle social. Buscava combater o avanço da social-democracia através da "realização dos pontos das reivindicações socialistas, que fossem adequados e compatíveis com as leis do Estado e da sociedade" (Bismarck apud Oliveira, 1995:25).[20]

---

17 Parte deste capítulo foi publicada na forma de artigo nos Cadernos de Saúde Pública (Giovanella, 1999).

18 Para análise detalhada das modalidades de transição para o capitalismo e padrões de incorporação das demandas sociais, assim como um histórico da constituição do sistema de proteção social alemão, consulte Fleury, 1994.

19 A solidariedade espontânea de classe, expressa em Caixas autônomas de ajuda mútua organizadas pelos trabalhadores, foi incorporada/tomada pela solidariedade coercitiva do sistema de seguro social estatal.

20 A introdução do seguro social sofreu forte oposição dos trabalhadores social-democratas, o que pode ser entendido, lembrando-se o contexto de luta política bismarckiana contra a social-democracia.

Centrado na esfera do trabalho assalariado, o Estado de Seguro Social (*Sozialstaat*) assegurava direitos sociais aos cidadãos na medida da sua participação no mercado de trabalho, da mesma forma que no caso da cidadania brasileira – que seguiu esse modelo –, "regulada" (Santos, 1979) pelo lugar que o indivíduo ocupa no processo produtivo.

Ao condicionar direitos ao mérito individual, o seguro social consolidou grupos com diferentes status e privilégios. A necessidade de ajuda passou a ser avaliada como merecida ou não, cristalizando-se diferenças sociais com suas respectivas conotações morais (Koch, 1995).

A centralidade da política social no mundo do trabalho assalariado caracterizou-se de três maneiras, de acordo com o direito a benefícios sociais: "é dependente de trabalho assalariado anterior; pressupõe disposição para o exercício de trabalho assalariado; e o valor dos benefícios é definido segundo os rendimentos do trabalho" (Nullmeier & Vobruba, 1995:12).

Esta ênfase no trabalho assalariado fez com que princípios norteadores das relações de trabalho fossem transpostos para a base da política social. A concepção de que o mérito/remuneração de cada indivíduo corresponderia à qualidade e extensão de sua produção tornou-se fundamento do sistema de seguro social. Assim, da mesma forma que no mercado de trabalho, a remuneração estaria correlacionada à capacidade de produção de cada indivíduo, no seguro social, os benefícios deveriam ser equivalentes à sua capacidade de contribuição.

Desse modo, a maioria das formas de promoção de eqüidade no seguro social relaciona-se à integração no mercado de trabalho. Contudo, as regras que definem limite máximo para desconto da contribuição e para obrigatoriedade de participação nos seguros, assim como a não integração de trabalhadores com vínculo precário (a chamada 'ocupação mínima'), quebram esta vinculação na parte superior e inferior desse mercado (Nullmeier & Vobruba, 1995). Os assalariados de alta remuneração são liberados da solidariedade coercitiva, e os trabalhadores com baixa integração – trabalho de tempo parcial com remuneração mínima – são excluídos da solidariedade.

Como a cidadania social alemã é regulada pela inserção no processo produtivo, a garantia de direitos sociais corresponde a um "processo de inclusão". Este, porém, não é antagônico à exclusão, mas sim concomitante. Um sistema de seguro social, ao mesmo tempo em que assegura transferências e serviços com base em determinados direitos justificados, priva da garantia desses direitos aqueles que não preenchem os requisitos: "cada inclusão é acompanhada por uma exclusão (Luhmann), pois cada programa social condicional é construído segundo o esquema 'se-então', no qual a negação 'se não-então não' está implícita" (Offe, 1990:185).

O seguro social alemão se caracteriza por expansão e inclusão progressivas. Entretanto, em sua origem, dirigia-se a um grupo que, embora crescente e

economicamente importante, representava ínfima parcela da população: os trabalhadores assalariados (*blue collars*).[21] No processo de expansão foram incluídos gradualmente novos setores da população e expandidos os benefícios e serviços cobertos. Houve o reconhecimento cumulativo de necessidades a serem garantidas – doença (1883),[22] acidentes de trabalho (1885), velhice (1891), desemprego (1927) e cuidados de longa duração (1994). Ampliou-se o círculo de beneficiários por meio da inclusão de novos grupos profissionais, expandindo-se a proporção de segurados na população total. Ao mesmo tempo, o nível de renda e a abrangência da cesta de serviços afiançados por cada ramo cresceram gradualmente (Alber, 1982).

Além da expansão e inclusão progressivas, a história do seguro social alemão foi igualmente marcada pela estabilidade do modelo de seguro social. O sistema criado demonstrou alta estabilidade ao manter sua estrutura básica durante mais de cem anos. Sobreviveu à queda do império, à jovem e tumultuada república de Weimar, à inflação de 1923 e à grande depressão do início dos anos 30, ao nazismo (Terceiro Reich), bem como à derrota nas duas guerras mundiais e à ocupação aliada (Wysong & Abel, 1990). E, até o momento, tem sobrevivido ao neoliberalismo.

Em termos gerais, o seguro social alemão caracteriza-se pela participação compulsória dos trabalhadores assalariados mediante contribuições proporcionais aos salários até um limite máximo definido por lei e pela administração autônoma dos órgãos de seguro, os quais, em geral, são geridos de forma paritária por trabalhadores e empregadores, modalidade pela qual também participam nas contribuições em quase todos os seus ramos. Os órgãos de seguro social são públicos, mas não estatais, e sua atuação é regulada e controlada pelo Estado.

Princípios Constitutivos do Seguro Social

O seguro social constituiu-se com base nos princípios de 'equivalência' – característico de qualquer seguro –, de 'solidariedade' – por pressupor alguma redistribuição – e de 'subsidiariedade', que define a ação estatal como complementar.

Pelo princípio de equivalência, os benefícios são vinculados às contribuições prévias, e diversas instituições são conformadas, dirigidas a diferentes grupos de trabalhadores. O princípio da subsidiariedade, por influência da igreja, serve

21 Em 1885, 10% da população do Reich (cerca de 4,5 milhões de pessoas) contribuía para o seguro-doença. Em 1913, cerca de 25% da população. O principal benefício era o auxílio-doença a partir do terceiro dia, correspondendo a, no mínimo, 50% do salário médio da região (Oliveira, 1995).

22 A 'Lei do Seguro Doença dos Operários' – *Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter* – foi promulgada em 15.06.1883 e entrou em vigor em 1.12.1884.

para enfatizar que o Estado somente interferirá quando a capacidade da família estiver exaurida, envolvendo responsabilidade de cada indivíduo. O princípio da solidariedade torna as contribuições proporcionais à renda, bem como a concessão dos benefícios de acordo com as necessidades, produzindo redistribuição.

Esses princípios estruturantes do Seguro Social de Doença – de equivalência, solidariedade e subsidiariedade, analisados a seguir – têm vigência desde a sua criação e se manifestam com ênfases diferenciadas no transcorrer do tempo.

Equivalência

Este é o princípio básico de qualquer tipo de seguro privado. Segundo o princípio da equivalência, o volume e a extensão dos benefícios recebidos devem corresponder/eqüivaler ao valor das contribuições pagas pelo segurado. A partir de estimativa dos riscos, efetua-se o cálculo das contribuições a serem pagas pelos segurados, de modo que estas sejam suficientes para cobrir as necessidades de pagamento de prêmios. Na constituição do seguro social, todavia, este princípio tem distinta validade.

Enquanto o seguro individual representa uma resposta à possibilidade de ocorrência de danos que ameaçam a empresa ou o indivíduo e que colocam em questão a ação utilitarista máxima de cada um, visto como *homo economicus*, e o benefício de um seguro privado é, em geral, a garantia de compensação financeira no caso de o indivíduo sofrer o dano assegurado – ao mesmo tempo em que a certeza de garantia do benefício aumenta a segurança do indivíduo quanto ao futuro –,[23] por sua vez, o seguro social reduz a insegurança social por meio da compensação de riscos politicamente definidos. A especificidade do risco no seguro social consiste no reconhecimento coletivo de situações de vida como provocadas pela insegurança social – produção social objetiva dos riscos – e a vinculação das mesmas ao direito a benefícios sociais estatais (Lauer-Kirschbaum & Rüb, 1994).

Na organização da sociedade industrial capitalista, os indivíduos encontram-se submetidos a variados riscos, cujas origens não podem ser atribuídas apenas a comportamentos individuais inadequados, o que torna pouco plausível que os atingidos possam enfrentar e superar isoladamente o seu destino físico e material. Além disso, o enfrentamento coletivo dos riscos decorre de suas conseqüências negativas coletivas, seus custos externos (Offe, 1990).[24] Ocorre, assim, o reconhecimento dos riscos e de suas formas de enfrentamento pelo Estado central

23 A criação da expectativa de segurança, ou seja, a redução do desconhecimento a respeito das conseqüências de um provável perigo que o seguro proporciona pode ser considerada integrante daquele benefício (Lauer-Kirschbaum & Rüb, 1994).

24 Considerando-se apenas a perspectiva da discussão dos riscos, sem entrar aqui na análise quanto à origem e às determinações da política social, muito mais complexa, que não é objeto deste estudo.

e estes passam a integrar a sua agenda. No seguro social, a definição de contribuições envolve aspectos distintos daqueles do cálculo de prêmios do seguro privado, condicionando o princípio de equivalência.

O princípio da equivalência decorre não apenas da lógica de seguro, mas também da transposição de princípios regentes das relações de trabalho para a política social. Embora a remuneração do trabalho corresponda ao valor mínimo necessário para sua reprodução e não ao valor produzido/agregado, existe certa correspondência entre a remuneração e a quantidade de trabalho realizado. Desse modo, a concepção de que há relação de equivalência entre a quantidade de trabalho feito pelo indivíduo e sua remuneração correlaciona-se à acepção, no seguro social, de que os benefícios devem corresponder às contribuições.

Ao mesmo tempo, segundo Offe (1990), o princípio de equivalência garantiria apoio ao modelo de proteção social. Ao vincular o direito benefícios às contribuições, tal princípio evita o gozo dos mesmos por pessoas não autorizadas pelas contribuições. Quando prevê que o nível de benefícios deve ser correspondente às contribuições, previne uma redistribuição interna proposital entre os participantes de maior e menor renda. Para Offe (1990), o conhecimento antecipado da redistribuição que ocorre de fato ao interior da comunidade de segurados poderia corroer a legitimidade do sistema de proteção.

Entretanto, no seguro social, a equivalência entre contribuições e benefícios é rompida com a finalidade de compensação social. A vigência concomitante da solidariedade ameniza o exercício da equivalência. Contribuições e benefícios estão relacionados aos salários; contudo, não há equivalência imediata entre ambos. O segurado não recebe de volta o valor da conta individual de contribuições capitalizada no transcorrer dos anos. Uma 'necessidade' básica de manutenção do padrão de vida 'merecido' pela sua participação no mercado de trabalho – conquistado durante a vida produtiva – é definida politicamente.

A previdência social é o ramo do seguro social alemão em que a equivalência tem maior importância. A fórmula para cálculos de aposentadoria é apresentada como expressão da configuração de benefícios equivalentes às contribuições, porém, não há relação constitutiva direta entre a contribuição e o valor da aposentadoria. A posição que o segurado ocupa na hierarquia de renda justifica o valor da participação individual no volume financeiro colocado posteriormente à disposição, o qual, por sua vez, é determinado conforme algum objetivo de segurança social (Kolb apud Nullmeier & Vobruba, 1995).

O nível do salário de contribuição – a que devem corresponder as transferências financeiras dos diversos ramos do seguro social – tem por base não apenas o 'mérito', mas também certa concepção de 'necessidade' a ser suprida, que é, por sua vez, politicamente definida (Nullmeier & Vobruba, 1995). Por conseguinte, está presente uma concepção de garantia de direitos conforme a necessidade

(*Bedarfsgerechtigkeit*) nos diversos ramos do sistema, como, entre outros, assistência médica completa em caso de doença, garantia do padrão de vida em níveis reduzidos no seguro-aposentadoria depois do cumprimento do tempo de trabalho – 68% em aposentadoria padrão após 45 anos de seguro – e no seguro-desemprego (60% no seguro-desemprego e 53% no auxílio-desemprego). Pode-se, portanto, considerar que o princípio de equivalência no seguro social vige de forma mediada, 'equivalência mediada'.

No seguro social de doença, a solidariedade suplanta a equivalência, desvinculando o direito à atenção do valor das contribuições. Neste ramo do seguro social, o princípio de equivalência vige apenas para o auxílio-doença que corresponde a determinada proporção dos salários de contribuição. Vigora uma equivalência igualmente mediada, pois os benefícios não correspondem diretamente ao valor das contribuições, uma vez que as transferências não têm por base fundos individuais capitalizados, e o nível de reposição salarial, em caso de doença, é definido politicamente.

Originalmente, o princípio de equivalência tinha maior significado também para o Seguro Social de Doença em virtude da maior participação das transferências financeiras no conjunto de gastos. Embora o pagamento de benefícios em espécie, especialmente o auxílio-doença, permaneça como encargo do Seguro Social de Doença, sua importância relativa diminuiu no transcorrer dos anos devido à expansão do catálogo de ações médico-sanitárias e à conseqüente redução dos benefícios em dinheiro. Ao mesmo tempo, em razão de mudanças na legislação, as transferências financeiras desvinculadas do valor das contribuições, em particular aquelas relativas à política familiar e à maternidade, passaram a fazer parte do seguro social, o que diminuiu a importância do princípio de equivalência para a própria definição do valor das transferências financeiras.

No debate contemporâneo, o apelo ao princípio de equivalência no Seguro Social de Doença serviu para a defesa da exclusão destes últimos benefícios, tidos como "estranhos ao seguro" (Arnold, 1993:28). Estes seriam da competência estatal direta e deveriam ser financiados com recursos fiscais, de modo a aliviar o caixa dos órgãos de administração autônoma dos seguros sociais.

Embora certa equivalência venha a ser inevitável na sociedade capitalista, é importante não esquecer que o nível a partir do qual ela deve vigorar é politicamente definido. O ponto de equilíbrio entre equivalência e necessidade constitui objeto de constante disputa.

Solidariedade

Diversos significados e empregos são atribuídos à solidariedade: não é apenas preceito moral, mas sim palavra de ordem, vínculo de classe, justificativa

para a redistribuição que ocorre no interior do seguro social. O princípio da solidariedade, ao contrário da equivalência, significa que o ônus de cada um deve ser redistribuído entre os membros da comunidade solidária.

A palavra solidariedade origina-se de sólido (latim *solidum*), o que lhe imprime o sentido de estar em bases firmes. Estar com outros na mesma situação, ter interesses comuns. A expressão do senso comum que talvez melhor defina solidariedade é: "um por todos e todos por um" (Schönig, 1996:101). Nesta assertiva, solidarizar-se significa colocar-se conscientemente no lugar do outro. Identificar-se com o destino do outro. O que acontece ao outro é experimentado como se tivesse ocorrido a cada um. O indivíduo se identifica com o grupo e o grupo se identifica com o indivíduo (Baumgartner, 1997). Assim, solidariedade é relação de responsabilidade entre pessoas unidas por interesses comuns, de maneira que cada elemento do grupo sinta a obrigação moral de apoiar os outros.

Como princípio moral na tradição judaico-cristã, a solidariedade vincula o indivíduo a uma comunidade fundamental, na qual todos – homens e mulheres – são portadores de dignidade pessoal em virtude de serem criados por Deus à Sua imagem e semelhança (Baumgartner, 1997). Nesta tradição, como tal princípio advém da comunhão de pertencimento à comunidade humana de seres dignos, recebe valor universal. Refere-se a todos os seres humanos, valendo para toda situação em que a realização de vida digna esteja obstaculizada.

Na tradição socialista, a solidariedade provém do pertencimento à mesma classe social. O interesse comum de classe imprime a cada um a obrigação moral de responsabilizar-se pelo destino do outro. Este é o sentido em que o termo solidariedade foi empregado nas lutas dos trabalhadores no século passado, como solidariedade de classe social. Nesta acepção, o reconhecimento de um 'nós' inclusivo, de um 'estamos no mesmo barco', e a identificação com o destino do outro são decorrências do pertencimento comum de classe.

Ao final do século passado, esta solidariedade espontânea de classe expressava-se em Caixas autônomas de ajuda mútua, organizadas pelos trabalhadores, que foram incorporadas na legislação social. Alguns autores, por isso, referem-se a uma solidariedade coercitiva em razão de a filiação ao seguro social ser legalmente obrigatória e ter substituído iniciativas próprias dos trabalhadores (Koch, 1995). A solidariedade teria nesta acepção duas facetas. Uma, coercitiva, imposta pelo sistema de seguro social. Outra, espontânea, de classe, democrática/política, exercitada pelos trabalhadores.

Solidariedade significa responsabilização coletiva pela garantia de uma vida digna; é produto cultural, fruto do processo civilizatório, e como tal, necessita ser reiteradamente preservado e recriado. Não é suficiente, porém, que a solidariedade se apresente como consciência moral; é preciso que seja institucionalizada

em reais possibilidades de comportamento[25] (Kühn, 1995c). Nesse sentido, a solidariedade decorre de uma postura igualitária e civilizatória que se materializa em instituições de bem-estar.

É com sua institucionalização nos diversos ramos do seguro social que o princípio de solidariedade vem a ser implicitamente definido. Operacionalmente, para o seguro social como um todo, o princípio da solidariedade é vínculo que responsabiliza cada segurado pelos encargos do conjunto (Schulenburg, 1990).

Em virtude da centralidade no trabalho assalariado, que estratifica os direitos conforme a inserção no processo produtivo, o seguro social tem por base a solidariedade de grupo. Os grupos são constituídos de modo mais ou menos homogêneo. Definem-se conforme a posição ocupada na produção, excluindo-se do seguro obrigatório as remunerações muito altas e muito baixas. Deste modo, o princípio da equivalência condiciona a solidariedade e esta se exerce de forma partida. Esta maneira de segmentação na garantia da cidadania social – segundo a inserção no mercado de trabalho – é característica do modelo de seguro social. Neste modelo, a redistribuição típica ocorre apenas entre os integrantes de mesmo grupo ocupacional. Tradicionalmente, o modo de inclusão no seguro social promoveu a distinção entre os operários, empregados e trabalhadores dos diversos ramos da produção. Estes estariam submetidos a diferentes riscos e deveriam formar grupos distintos.

A conformação de grupos com certa homogeneidade tendo como meta facilitar o exercício da solidariedade grupal é também a justificativa para a exclusão de grupos de assalariados com remunerações muito altas e muito baixas, assim como para a definição de nível máximo de renda para as contribuições obrigatórias. Com a definição destes limites, o apelo a contribuir solidariamente não tensionaria demais os interesses individuais e não afetaria a coesão do grupo. Estas exclusões evitariam a sobredistensão da disposição dos indivíduos de maior renda para a solidariedade. Ao mesmo tempo, estes limites recortam o grupo solidário nos extremos superiores e inferiores da escala de estratificação social.

O significado do exercício da solidariedade modificou-se no processo de expansão do seguro social. Inicialmente, a comunidade solidária era entendida como composta por um grupo de indivíduos de mesma camada social, os operários industriais. Atualmente, a redistribuição se dá entre diferentes estratos sociais.

Tal evolução da proteção social da Alemanha subentende a ampliação da solidariedade de grupo, pois tanto os grupos tornaram-se cada vez mais abrangentes, como o financiamento mediante recursos fiscais adquiriu maior importância com o passar do tempo.

---

25 Solidariedade implica ainda que em uma sociedade pessoas possam ser mais fracas ou não produtivas e necessitar de ajuda para uma vida digna, sem que sejam discriminadas ou marginalizadas por isso.

O Seguro Social de Doença é o ramo do seguro social em que o princípio da solidariedade adquire maior importância, ao passo que nas outras áreas do seguro social vigora uma "equivalência mediada pela solidariedade", no Seguro Social de Doença impera o princípio da 'necessidade', o que o torna um sistema cunhado pela solidariedade.

Os segurados recebem assistência na medida de suas necessidades de saúde e contribuem de acordo com sua capacidade financeira. Idade, sexo, risco de adoecer, estado de saúde e composição familiar não são levados em conta no cálculo das contribuições. As contribuições dos segurados, como proporção de seus salários, são 'dependentes' de suas possibilidades financeiras. O direito à atenção conforme a necessidade é 'independente' do valor das contribuições, isto é, da capacidade de financiamento de cada indivíduo.

A vigência do princípio da solidariedade produz redistribuição ao interior do Seguro Social de Doença. Contribuições proporcionais à renda e direito a benefícios correspondentes às necessidades levam a efeitos distributivos. Entre os incluídos, os trabalhadores em melhor situação financeira contribuem para a satisfação das necessidades dos economicamente mais fracos. Os sadios ou os que adoecem com menos freqüência pagam para os doentes; os segurados sem dependentes, para os segurados com dependentes; e, por fim, os mais jovens, para os mais velhos.

A redistribuição é principalmente horizontal, isto é, ocorre ao interior de uma mesma 'comunidade' de trabalhadores submetidos a certos riscos comuns. Embora seja também vertical – quando efetuada desde os grupos que recebem melhor remuneração para os que obtêm pior remuneração – não se realiza diretamente e de modo mais intenso entre os grupos mais bem remunerados e aqueles em pior situação econômica. A redistribuição efetua-se com primazia entre grupos com baixo risco de adoecer e maior remuneração e os grupos com alto risco de adoecer e baixa renda.

É igualmente uma redistribuição entre jovens e velhos, o chamado contrato intergeracional. O Seguro Social de Doença dos aposentados é deficitário. A receita proveniente das contribuições pagas por aposentados não é suficiente para cobrir suas despesas com saúde. Uma parte das contribuições dos trabalhadores ativos – equivalente a cerca de três pontos percentuais – financia o déficit do Seguro Social de Doença dos aposentados (Oldiges, 1994).

Tradicionalmente, esta redistribuição limitava-se ao interior do grupo de segurados de cada uma das Caixas de Doença (*Krankenkasse*), organizadas por ocupação, região ou empresa e com adscrição compulsória de clientelas. Contudo, a partir de 1993, ampliou-se a redistribuição para o conjunto do sistema por meio da Lei da Estrutura da Saúde. Com o objetivo de estimular a competição, esta lei estendeu a liberdade de escolha das Caixas, que anteriormente era restrita a certos

grupos ocupacionais, para a maioria dos segurados. Por meio deste mecanismo, a redistribuição rompeu os limites da comunidade de segurados de cada Caixa, estendendo-se ao conjunto de segurados.[26]

Os segurados reconhecem a validade da redistribuição, expressão do princípio de solidariedade, que ocorre no interior do sistema. Pesquisas de opinião e análises qualitativas têm demonstrado que o efeito redistributivo em favor dos idosos, doentes crônicos e familiares dependentes é desejado pelos segurados (Ulrich; Wemken & Walter, 1994; Rinne & Wagner, 1995; Braun, 1995; SVR, 1994). A aceitação da redistribuição, porém, não decorre apenas do alto valor atribuído à solidariedade. As justificações normativas para a solidariedade têm papel subordinado para a aceitação do sistema. Cálculos comuns, não financeiros, de interesse individual é que garantem semelhante aceitabilidade (Ulrich, Wemken & Walter, 1994). Trata-se de um cálculo de interesse intertemporal, que torna aceitável o sistema solidário: a expectativa de utilização e a confiança na garantia de atenção futura.

Embora poucos sejam os que se julgam na posição de favorecidos, a consideração da redistribuição pelos segurados como primariamente intertemporal (da juventude para a velhice) mais do que interpessoal, bem como a indesejabilidade da mudança de posição, pois ninguém deseja ficar doente para utilizar mais serviços, faz com que a posição de pagante-líquido, aqueles que pagam mais do que gastam com a utilização, seja apreciada como positiva. A garantia da possibilidade de uso segundo o princípio da necessidade, na qual os segurados incluem suas expectativas de utilização futura, torna a redistribuição aceitável. A compensação é estar sadio, e o fator tempo exerce aí papel fundamental. O sistema garante a reciprocidade no caso de mudança de posição em razão da expectativa de maior utilização futura. Quanto mais idoso for o indivíduo, maior será a probabilidade da necessidade de atenção, havendo assim a perspectiva de redistribuição intertemporal em benefício de cada um.

Desse modo, os segurados têm confiança na estabilidade da garantia de proteção em situações futuras que ultrapassem sua capacidade de pagamento. Valorizam de modo positivo suas experiências de utilização e levam em conta que, no futuro, a atenção da qual necessitarem estará garantida, demonstrando alta satisfação com o sistema solidário (Ulrich; Wemken & Walter, 1994; Rinne & Wagner, 1995; Braun, 1995; SVR, 1994). Para a maioria deles, o sentimento de segurança tem base na forma de organização do sistema, tida como a mais adequada para o asseguramento do risco de doença: um sistema obrigatório e solidário, no qual a futura utilização não se vincula à capacidade de financiamento individual e dependerá da necessidade.

---

[26] Ao mesmo tempo, para evitar a competição predatória, criou-se um mecanismo de transferências financeiras entre as Caixas, com o objetivo de compensação da estrutura diferenciada de riscos de seus segurados. Este mecanismo levou à redução da amplitude das diferenças existentes entre as taxas de contribuição das diversas Caixas.

Subsidiariedade

Dentre os princípios básicos do Seguro Social de Doença, o Código Social alemão (*Sozialgesetzbuch-SGB*), inclui também a 'subsidiariedade'. Segundo este princípio, a responsabilidade primeira pela saúde é do indivíduo e de sua família; assim, "a compensação solidária deve ser uma ajuda para a auto-ajuda" (BMAS, 1994:140).

O Livro V do Código Social, que congrega a legislação específica do Seguro Social de Doença, apela para a responsabilidade dos segurados:

> Os segurados são co-responsáveis por sua saúde. Eles devem contribuir para a prevenção das doenças e para a superação de suas conseqüências, através de uma conduta de vida conscientemente saudável e uma participação precoce em medidas preventivas, bem como através da cooperação ativa no tratamento das doenças e na reabilitação. (SGB, 1993:109)

A vigência do princípio de subsidiariedade no Seguro Social de Doença significa que os riscos dos custos da doença somente devem ser garantidos por uma comunidade solidária maior quando o indivíduo ou sua família, por si mesmos, não estiverem em condições de superar o risco.[27] Este princípio justifica a definição do limite máximo de renda para a obrigatoriedade de participação no seguro social. Quem recebe acima da quantia delimitada por lei, deve prover por meios próprios sua proteção mediante a compra de seguro privado ou a formação de poupança.

No decorrer de mais de cem anos de história do Seguro Social de Doença, o princípio da subsidiariedade perdeu a força na estruturação do sistema. Originalmente, este princípio tinha maior importância. Sua preponderância inicial explica o caráter restritivo do sistema: a pouca abrangência do grupo de segurados e a baixa extensão dos benefícios (Schulenburg, 1990). Seu significado passou, de modo gradual, para segundo plano com a inclusão de parcela cada vez maior da população e com a ampliação do catálogo de ações médico-sanitárias e benefícios de ações que, por tradição, constituíam encargo da família.

Os cuidados dispensados aos velhos, por exemplo, tradicionalmente quase que restritos à comunidade familiar, foram assumidos aos poucos pelo seguro-doença até 1994, quando se criou novo ramo do seguro social: o seguro social de cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung*), que assegura cuidados domiciliares e asilares, sobretudo para idosos. Este caso exemplifica uma necessidade antes coberta de forma subsidiária e que foi incorporada ao sistema solidário.

[27] A palavra subsidiariedade origina-se do latim *subsidium*, que significa ajuda. Seu emprego inicial foi militar, referido à tropa de retaguarda, a qual entrava em ação quando as tropas de frente não eram suficientes. Por isso há a compreensão de subsidiariedade como emprego de forças de segunda linha, de ajuda que vem em segundo lugar.

Atualmente, é na assistência social que vigora integralmente o princípio da subsidiariedade. A assistência social, que na verdade é externa e complementar ao sistema de seguro social, elucida o princípio da subsidiariedade. O Estado só pode intervir quando o indivíduo e sua família estão impossibilitados de assegurar a subsistência por meios próprios.

A assistência social tem como base o financiamento fiscal sem contribuições diretas dos beneficiários, mas o auxílio só se concretiza pela comprovação da carência. Uma prova da necessidade é decisiva para o direito ao benefício e para definir o tipo e a extensão do auxílio. A assistência social é uma ajuda individualizada, ajustada à situação de cada caso, e deveria ser, ao mesmo tempo, subsidiária: complementar à ajuda própria e ao auxílio dos familiares (Frerich, 1996).

Em razão da ampla cobertura e da extensão do catálogo de ações, o princípio da subsidiariedade não caracteriza a prática atual do seguro social de doença. Entretanto, o recurso à subsidiariedade está hoje no centro da argumentação que intercede por políticas de contenção. No debate atual, alguns autores chegam a questionar se a grande maioria da população coberta pelo seguro social de doença é, de fato, necessitada de proteção (Schulenburg, 1990; Arnold, 1993).

A reatualização contemporânea do significado de subsidiariedade justifica uma breve recuperação do debate a respeito do significado desse termo, cuja discussão tem assumido diferentes ênfases e ainda é objeto de controvérsia.

Na Alemanha, o debate sociopolítico concernente à questão da subsidiariedade mantém a vitalidade há mais de um século (Deppe, 1985; Sachße, 1994) e reiteradamente tem adquirido importância em períodos de crise e altos índices de desemprego. Desde os anos 80, com a coalizão liberal-conservadora no poder, o tema tem sido evocado como fundamento para a maioria das reformas neoconservadoras.

As mais diferentes discussões acerca da ordem política deixam-se subsumir ao termo subsidiariedade: debates relativos à relação entre auto-responsabilidade e regulação estatal, assistência social pública e beneficente, pequenas redes sociais e grandes organizações burocráticas. Desde o começo, a discussão a respeito da subsidiariedade desenvolve-se segundo duas linhas principais de interpretação: uma, de caráter liberal, de defesa da 'livre iniciativa', e outra, de maior influência na implementação deste princípio na Alemanha, advinda da doutrina social católica.

Uma das raízes do princípio de subsidiariedade encontra-se no pensamento liberal dos séculos XVIII e XIX (Sachße, 1994). Na concepção liberal, a sociedade era concebida como autônoma: uma sociedade de trocas auto-reguladas pelas leis de mercado, na qual o indivíduo – sujeito livre de qualquer coerção e auto-responsável – se socializa. O Estado, concebido como esfera distinta da sociedade e responsável pelo exercício legítimo da violência, teria como tarefa essencial a defesa das condições gerais de sociabilização (*Vergesellschaftung*) da sociedade de

trocas. A garantia da existência deveria ser deixada à iniciativa própria do indivíduo, porque, na concepção liberal, a reprodução pertence à esfera privada: é responsabilidade primária do indivíduo. A responsabilidade do Estado deveria restringir-se a situações excepcionais, nas quais o indivíduo não consegue garantir sua existência por meios próprios, suprindo suas necessidades no mercado. Ou seja, a atuação do Estado deveria ser 'subsidiária', o que garantiria a liberdade individual (Sachße, 1994).

Como a ajuda é subsidiária, é complementar, vem em segunda linha, a necessidade tem de ser comprovada. A subsidiariedade legitima os chamados testes de meios como condição de elegibilidade para acesso aos benefícios. Este princípio – para os liberais, antes de tudo, defesa da esfera privada – é que permite a intromissão, por vezes drástica, do Estado na vida privada dos indivíduos (Deppe, 1985:85).

Em síntese, na tradição do pensamento social liberal, subsidiariedade refere-se à distribuição da responsabilidade social entre indivíduo, comunidade e Estado, em que a auto-responsabilidade individual tem precedência sobre a proteção e a segurança estatais (Sachße, 1994).

A outra linha de interpretação do princípio de subsidiariedade está no pensamento social católico. Na Alemanha, pela forte ascendência da doutrina católica no que se refere à difusão deste princípio, a vigência da subsidiariedade adquire conotação diferente da concepção plenamente liberal.

O catolicismo social alemão delimitou seu campo político em contraposição tanto ao liberalismo como ao socialismo (Sachße, 1994). Como a igreja exerceu influência na conformação do próprio Estado Social, a subsidiariedade serviu para enfatizar que o Estado somente deve interferir quando a capacidade da família estiver exaurida (Esping-Andersen, 1990). Embora há muito difundido pela doutrina católica, o termo apenas foi explicitamente referido na 'Encíclica Social Quadragésimo Anno', de 1931, em contexto de avanço do socialismo e de expansão das doutrinas totalitárias na Europa (Baumgartner, 1997).

Na formulação clássica dessa 'Encíclica', subsidiariedade constitui o princípio de equilíbrio no campo de tensão entre a intervenção estatal e a liberdade societária. A liberdade de iniciativa individual é afirmada e a intervenção estatal é considerada como de apoio, subsidiária às iniciativas individuais ou às de grupos subordinados (Baumgartner, 1997; Deppe, 1985).

Assim, o Estado não deveria subtrair às famílias as tarefas que elas mesmas estão em condições de preencher. Deveria promover e possibilitar a auto-ajuda, e retirar-se após o auxílio bem-sucedido para a auto-ajuda (Schönig, 1996).[28]

---

[28] Além disso, para a igreja católica, a subsidiariedade seria o corretivo contra o excessivo coletivismo: "a arma e o muro de proteção contra tudo o que o coletivismo é, e o que leva ao coletivismo" (Nell-Breuning, 1955 apud Deppe, 1985:84).

Para outros representantes da doutrina social católica, no entanto, o princípio de subsidiariedade não afirma incondicionalmente que os indivíduos e as pequenas comunidades devam atuar primeiro e, somente após terem esgotado todas as suas forças é que a sociedade e o Estado devem intervir. Estes reformistas sociais católicos defendem que, antes que homens e mulheres possam colocar suas próprias forças em movimento, é necessário que a sociedade já tenha realizado uma série de medidas (Nell-Breuning, 1955 apud Engelhardt, 1994). Os riscos sociais não podem ser combatidos apenas pelo indivíduo; a sociedade deve garantir as precondições para a auto-ajuda. Para que o indivíduo possa empregar suas forças com êxito, torna-se necessário uma série de medidas prévias por parte do Estado.

Ao mesmo tempo, para a doutrina social católica, subsidiariedade e solidariedade não são noções contraditórias. Na acepção da doutrina social católica, o princípio da subsidiariedade seria imanente à idéia de solidariedade, pois a subsidiariedade enfatizaria a auto-responsabilidade do indivíduo não apenas por si mesmo, mas também pelo conjunto da comunidade solidária à qual pertence (Baumgartner, 1997; Frerich, 1996).

O pensamento social católico diferencia-se do liberal clássico por destacar a necessidade de o Estado garantir as precondições para a promoção do desenvolvimento das potencialidades de cada família, no direito das comunidades menores em relação às maiores e na consideração da família e não do indivíduo como núcleo social básico (Deppe, 1985; Sachße, 1994). Estas são as características impregnadas no princípio de subsidiariedade na conformação da proteção social alemã em razão da influência da igreja católica. A questão da solução das necessidades via mercado, embora presente pelo lado liberal, tem menor destaque.

A discussão quanto à subsidiariedade assume diferentes ênfases no transcorrer do século XX. Em geral, volta-se para a questão da assistência social, em que a igreja tem, por tradição, maior participação mediante suas entidades filantrópicas, mas adquire, na atualidade, relevância para a área da saúde, em especial, pela influência do neoliberalismo.

Contemporaneamente, alguns autores levantam a necessidade do debate acerca de uma nova subsidiariedade. Esta objetivaria a substituição da condução externa reguladora por uma autocondução situacional (Sachße, 1994; Wilke, 1996). Assim, a subsidiariedade descreveria a relação entre subsistemas autônomos auto-referenciados, que não conhecem nem ponta nem centro (Luhmann apud Sachße, 1994).

Na década de 1990, revitalizou-se o princípio da subsidiariedade, em especial, na área da saúde. No debate acadêmico da área podem-se observar duas concepções distintas para a subsidiariedade. Uma, que defende entendimento mais restrito e apela para a auto-responsabilidade dos indivíduos (Arnold,

1993; Graf von der Schulenburg, 1990). Estes devem, antes de tudo, procurar desenvolver a auto-ajuda e solicitar o apoio da família, antes de recorrer aos benefícios sociais do Estado.

Pode-se dizer que hoje o fortalecimento do princípio de subsidiariedade, expresso nas proposições de estímulo à auto-responsabilidade, corresponde à premissa neoliberal de mais mercado/menos Estado. Privatização de riscos, seletividade e focalização são defendidos, tendo como fundamento a subsidiariedade da intervenção estatal. O Estado deveria intervir focal e direcionadamente para minorar os problemas sociais apenas de estratos populacionais mais expostos aos riscos.[29]

Outra corrente, preocupada com a manutenção de um sistema solidário, retoma as formulações relativas à subsidiariedade do político-social-católico Nell Breuninge e defende que a sociedade deve criar condições e pressupostos sob os quais cada indivíduo possa exaurir as próprias possibilidades. Nesta concepção, subsidiariedade deixa de ser antagônica à solidariedade, e as ações devem ser prestadas por aquelas instituições tidas como mais adequadas para tal (Reiners, 1987). Nessa linha de pensamento, a forma atual do seguro social de doença, organizado em órgãos autônomos da influência estatal direta, é o sistema mais adequado para uma 'economia social de mercado', denominação atribuída ao modelo alemão pelos democrata-cristãos.

Ramos do Seguro Social Alemão

Em cada um dos ramos do seguro social, os princípios estruturais deste modelo de proteção manifestam-se de forma diferente. Sua implementação distingue-se conforme as especificidades das atribuições de cada ramo, e a ascendência de um princípio sobre os outros é diversa.

Como afirmado anteriormente, o sistema de seguro social alemão foi progressivamente ampliado desde a sua criação, tanto por meio da incorporação de novos riscos a serem cobertos e inclusão de novos grupos populacionais, como pela elevação dos níveis dos benefícios garantidos, mantendo, porém, suas características básicas. Atualmente é composto pelos seguros velhice, invalidez e morte (previdência), pelo seguro-doença, que inclui, além da atenção médico-sanitária, o auxílio-doença, bem como pelos seguros desemprego, de acidentes de trabalho e para cuidados de longa duração.

[29] De todo modo, o recurso à subsidiariedade não resultaria necessariamente na completa retirada do Estado. A subsidiariedade, mesmo em seu sentido mais estrito, tem dupla implicação. Ao mesmo tempo em que a intervenção estatal é complementar, a vigência da subsidiariedade significa que o Estado deve intervir.

Nos seguros previdenciário, de desemprego e de acidentes, a maioria dos benefícios é garantida segundo o princípio de equivalência, ou seja, a extensão dos benefícios depende do valor das contribuições. Assim, há certa correspondência entre benefícios e contribuições. Contudo, nos seguros doença e de cuidados de longa duração, predomina o princípio de solidariedade: os segurados têm direito ao mesmo catálogo de serviços, independente do valor das contribuições. Além disso, para os diversos ramos, a autonomia administrativa (instituições não diretamente estatais) tem como base o princípio da subsidiariedade. Na realidade, o princípio da subsidiariedade manifesta-se com toda força na assistência social, externa ao seguro social, cujos benefícios são assegurados somente quando o indivíduo e sua família não estão em condições de suprir as necessidades básicas por meios próprios.

As principais características do Seguro Social de Doença consistem em expressões mediadas destes princípios. O direito à utilização conforme as necessidades, sem relação com o valor das contribuições, e o acesso direto às ações e serviços de saúde, sem pagamento por parte dos segurados (*Sachsleistungsprinzip*), são expressões do princípio de 'solidariedade'. A pluralidade de Caixas organizadas por profissão, ramo de produção, região ou empresa e a definição do valor monetário do auxílio-doença correspondente ao salário de contribuição exprimem o princípio de 'equivalência'. O apelo à responsabilidade dos indivíduos no que se refere à própria saúde apóia-se no princípio de 'subsidiariedade'.

Os diversos ramos do seguro social conformam um sistema robusto e abrangente de proteção centrado no trabalho assalariado, que tem por base principal de financiamento a renda deste mesmo trabalho assalariado, da qual são subtraídas as contribuições.

As contribuições sociais obrigatórias na Alemanha correspondem, em seu conjunto, a cerca de 42% dos salários ou mais, uma vez que são pagos de forma paritária por empregados e empregadores até o limite dos salários legalmente definido para contribuições.[30]

O seguro social, que é financiado por meio destas contribuições, é responsável pela maior parte da proteção social garantida na Alemanha, mas esta é mais ampla e complementada por outros programas e ações. Entre estes, a assistência social, que garante um mínimo vital e a proteção à família e à maternidade.[31]

---

30 Em 1997, as taxas de contribuição para o seguro-aposentadoria era de 20,3%; para o seguro-doença, de 3,4%; para desemprego, 6,5%; para cuidados de longa duração, 1,7%. O seguro-acidente não está incluído no cálculo, pois é diferenciado por empresa.

31 A proteção à família é financiada pela União. Todas as crianças recebem cerca de 200 marcos por mês (115-120 dólares) (*Kindergeld*) até completarem 16 anos ou concluírem a formação universitária As mães recebem auxilio educação (*Erziehungsgeld*) de 600 marcos por até 24 meses após o nascimento, dependendo da renda.

A assistência social, outro setor importante da proteção social alemã, financiada por estados (25%) e municípios (75%), transfere aos habitantes uma renda mínima que garante a cobertura das necessidades básicas (BMAS, 1996b). Como já foi observado, a assistência social funda-se no princípio da subsidiariedade. Apenas quando o indivíduo e sua família estão impossibilitados por meios próprios é que o Estado pode e deve intervir. A renda mínima é dependente da comprovação de carência, através de 'testes de meios'. Atualmente, cerca de 6% da população é beneficiária da assistência social, sendo a maioria composta por estrangeiros. Os benefícios que compõem a renda mínima correspondem a um valor entre 625 a 1.850 dólares mensais, segundo o número de dependentes e necessidades comprovadas – aquecimento, aluguel, agasalhos, atenção à saúde.[32] A renda garantida pela assistência social corresponde a cerca de 50% da renda média familiar dos operários (Schäffer, 1996a).[33]

Seguro de acidentes de trabalho

Tendo em mente um sistema unificado e centralizado de seguros para proteção aos grandes riscos dos grupos economicamente mais pobres, Bismark propôs ao parlamento cada um dos ramos de seguro separadamente. A primeira proposta de legislação referente à criação dos seguros sociais foi enviada por Bismark ao Conselho dos Estados (*Bundesrat*) em janeiro de 1881 e tinha como objetivo garantir alguma proteção contra o risco de acidentes industriais; dada a precariedade das condições de trabalho, não foi o primeiro ramo a ser criado. Como a lei referente ao seguro-doença era menos controversa, foi aprovada separadamente e antes do seguro de acidentes de trabalho, criado em 1884. A discussão do seguro de acidentes industriais era mais difícil, pois implicava em ruptura mais radical com a forma tradicional de responsabilidade dos empregadores (Siegerist, 1943).

O objetivo desse seguro é prevenir acidentes de trabalho e doenças profissionais e, no caso em que estes ocorrem, garantir tratamento e reabilitação adequados, além de indenizações compatíveis, mediante pensões, por motivo de seqüelas ou morte.

Os provedores de seguro são corporações de ofício, de agricultores e de marítimos, associações comunais de seguro-acidentes e os diversos níveis governamentais para seus empregados. As instituições responsáveis pelos

---

32 Como muitas das despesas são pagas diretamente, o beneficiário recebe valor bem menor em dinheiro.

33 À proteção social poder-se-ia somar ainda o sistema educacional, que é público e gratuito em todos os níveis, a legislação trabalhista e de regulação do mercado de trabalho, medidas para promoção do trabalho e incentivos ao aprendizado de outras profissões, legislação especial para proteção e garantia de trabalho para deficientes e instituições especiais para trabalho de deficientes.

seguros de acidentes de trabalho (*Berufsgenossenchaften*), assim como na maioria dos outros ramos, são órgãos de administração autônoma, cuja direção é constituída por representações de empregadores e empregados, em geral, de forma paritária.

São segurados obrigatórios todas as pessoas que se encontram em alguma relação de trabalho, inclusive aprendizes e trabalhadores rurais, e, em casos especiais, trabalhadores voluntários. De igual modo, são seguradas todas as crianças que freqüentam jardins de infância, escolares e estudantes universitários. Autônomos e profissionais de saúde, tais como os funcionários públicos (*Beamten*), estão desobrigados de asseguramento.

O seguro social de acidentes também é financiado por contribuições. A peculiaridade deste ramo do seguro social é que apenas os empregadores contribuem para o seguro de acidentes de trabalho. As contribuições consistem em uma proporção dos salários, porém, são diferenciadas conforme o grau de risco de acidentes do ramo de produção ao qual a empresa pertence. No caso dos provedores governamentais e das associações comunais de seguro de acidentes, os benefícios são financiados com recursos fiscais (Beske; Brecht & Reinkeimer, 1993).

Seguro velhice, invalidez e morte

A previdência social, tal como os outros ramos do seguro, é de afiliação compulsória e financiada por meio de contribuições sociais sobre os salários, as quais são pagas de forma paritária por empregadores e trabalhadores e, parcialmente, por transferências da União, que correspondem a cerca de 20% das aposentadorias pagas. A taxa de contribuição para a previdência social em 1997 era de 20,3%, metade paga pelo empregador e metade pelo trabalhador, descontada do salário até o limite máximo de contribuição de cerca de US$ 5.000 (8.200 marcos).[34] O direito à aposentadoria é definido pela idade, aos 65 anos para homens e 60 anos para as mulheres. Aposentadorias em idade inferior dependem de uma série de condições e são facilitadas no caso de desemprego. O valor da aposentadoria depende do tempo e valor das contribuições, correspondendo ao máximo de 70% dos salários de contribuição.[35] Em outras palavras, com 45 anos de asseguramento e 65 anos de idade, o indivíduo recebe de aposentadoria cerca de 70% da sua renda de contribuição. O cálculo do benefício tem por base as contribuições de toda a

[34] Este mesmo limite define a não obrigatoriedade de asseguramento.

[35] Há também pensões complementares no âmbito das empresas que ampliam esta cobertura.

vida ativa de cada trabalhador, incluindo período de formação e licenças para educação infantil.[36] A acumulação da aposentadoria com salários só é permitida para maiores de 65 anos (VDR, 1997).

Na última reforma da previdência, em 1992, foram realizados cortes e ajustes que deveriam entrar em vigor a partir de 1997. A principal mudança foi o aumento da idade de aposentadoria das mulheres para 65 anos, igualando-a à dos homens, segundo regras de transição. Estas regras, porém, ainda não foram implementadas, tendo sido novamente postergadas.

Em 1997, o governo conservador apresentou mais uma proposta de ajuste da previdência, que consistia na introdução de um fator demográfico capaz de corrigir os reajustes das aposentadorias conforme a evolução da expectativa de vida aos 65 anos. Diminuir-se-iam os reajustes até o valor da aposentadoria atingir o patamar de 64% dos rendimentos do trabalho anterior à aposentadoria, isto para aposentadorias com 45 anos de contribuição e aos 65 anos de idade, ou seja, propôs-se a redução do valor das aposentadorias até 2030.

A partir de 1998, com a vitória da social-democracia e a constituição de uma coalizão social-democrata/verde, os termos do debate relativo à necessidade de se estabilizar as taxas de contribuição da previdência social foram modificados, buscando-se a cobertura de prováveis déficits por meio do maior aporte de recursos fiscais. Estes recursos adicionais deveriam cobrir defasagens de contribuições referentes aos períodos de formação e licenças para educação dos filhos, por exemplo.

No debate atual relativo a políticas sociais, surgem propostas no sentido da substituição de diferentes ramos do seguro social por um salário-cidadania. Alguns autores argumentam que sistemas centrados em contribuições vinculadas ao trabalho deveriam ser substituídos por outros, financiados por meio de recursos fiscais, dado o problema estrutural do desemprego e as mudanças no mercado de trabalho. No caso da Alemanha, a esquerda critica esse tipo de proposição, pois seria a derrocada do atual sistema de alto nível, que poderia vir a ser substituído por proteção universal mínima.

Seguro-desemprego

Assim como os outros ramos, o seguro-desemprego é financiado por empregadores e empregados de modo paritário. A afiliação é compulsória e o salário-limite de contribuição é o mesmo que para a previdência social. A

---

[36] Para o cálculo do valor da aposentadoria são estimados todos os anos de asseguramento. O salário individual é comparado com os rendimentos médios do trabalho no ano de referência. Se o indivíduo tiver contribuído na média, recebe um ponto por ano. Seu número total de pontos é multiplicado por um valor básico de aposentadoria.

duração do seguro-desemprego depende do tempo de trabalho anterior e da idade do contribuinte.[37]

O nível do benefício é de cerca de 60% do salário líquido médio anterior e de 67% para trabalhadores com filhos. Após o término da vigência do seguro-desemprego, o desempregado tem direito à 'ajuda-desemprego' pelo período de um ano. A 'ajuda-desemprego' é mais baixa e corresponde a cerca de 53% do salário médio da categoria, sendo financiada por meio de impostos gerais. Após este período, caso o trabalhador continue desempregado, poderá recorrer à assistência social.

O seguro-desemprego é o ramo do seguro social que tem apresentado maior expansão de gastos. Sua taxa de contribuição elevou-se muito nas últimas décadas em decorrência do crescente desemprego. Entre 1982 e 1997, a taxa de contribuição duplicou e passou a ser de 6,5%. Nos últimos anos, fez-se uma série de cortes no seguro-desemprego, diminuindo prazos e nível dos benefícios.

Em 1981, o valor do seguro-desemprego para solteiros era de 68% do salário médio e passou a ser um pouco menor do que 60%. Mesmo assim, os gastos com seguro-desemprego aumentaram nos últimos anos. As despesas do Departamento do Trabalho, um dos setores do Ministério do Trabalho e da Ordem Social ao qual está vinculado o seguro-desemprego, incluídos os gastos com outras medidas de promoção e geração de empregos, de aperfeiçoamento e reciclagem profissional, correspondiam, em 1995, a 2,8% do PIB (BMAS, 1996a).

Seguro social para cuidados de longa duração

O quinto e mais recente ramo do seguro social, o seguro para cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung*) foi instituído em 1994 (lei de 28.05.94) e visa a garantir proteção nas situações de perda da autonomia por velhice ou doença crônica.

Este ramo assegura o pagamento de cuidados para pessoas que estão incapacitadas de realizar suas necessidades funcionais por idade ou deficiência. O valor dos benefícios é definido a partir do estágio de impossibilidade, isto é, do grau de dependência de cuidados de enfermagem de cada um.

O seguro garante cuidados domiciliares, na forma de repasses financeiros ao paciente ou na forma de prestação por serviços credenciados e cuidados em regime de internação em instituições específicas. O pagamento pode ser feito ao próprio segurado, para que este remunere uma pessoa, ou o próprio escolhe um serviço credenciado. A contribuição é de 1,7% dos salários até o limite máximo do

[37] A duração do benefício aumenta, de modo gradual, a partir dos 42 anos de idade. Quem trabalha, por exemplo, durante dois anos antes de ficar desempregado, recebe seguro-desemprego por um ano.

salário de contribuição idêntico ao do seguro-saúde. Embora a taxa seja repartida meio a meio entre empregadores e empregados, considera-se que o seguro não é financiado paritariamente.[38]

As regras de afiliação e de organização deste seguro social são as mesmas do Seguro Social de Doença (GKV). Ainda que seja um ramo independente do seguro social que conta com contribuições próprias, o asseguramento para cuidados de longa duração utiliza a estrutura do Seguro Social de Doença. A afiliação ao seguro é feita junto às instituições de provisão do seguro social de doença. O financiamento e a contabilização de gastos dos dois ramos, porém, são independentes.

À diferença do Seguro Social de Doença, que tem suas contribuições definidas pelos órgãos da administração autônoma, as contribuições do seguro social para cuidados de longa duração são fixadas por legislação, o que permite intervenção direta do legislador.

Além de resolver um problema de necessidades básicas/vitais, a criação do seguro de cuidados de longa duração aliviou o Seguro Social de Doença e a assistência social desse tipo de gastos. Desse modo, para alguns autores, a criação desse ramo do seguro social estaria de acordo com o objetivo de estabilização das taxas de contribuição do GKV (Döhler, 1994).[39]

Este mais recente ramo do seguro social encontra-se ainda em fase de implementação. Entrou em vigor em 1995 para a atenção ambulatorial e, em 1997, passaram a ser cobertos cuidados de longa duração em regime de internação. A cobertura de mais uma necessidade vital por meio da criação deste ramo de seguro social é indicativa da permanente preocupação com a proteção social e da solidez do sistema de *welfare* na Alemanha.

---

38 Os empregadores obtiveram como compensação às suas contribuições a renúncia por parte dos trabalhadores a um feriado, ou seja, trabalham um dia a mais por ano.

39 Anteriormente, em muitos casos, aposentadorias insuficientes para pagar asilo ou cuidados de enfermagem para velhos fizeram com que a assistência social dos municípios ficasse com este encargo. Em 1989, os cuidados, no caso de dependência severa, foram incluídos no catálogo de ações garantidas pelo Seguro Social de Doença (GKV).

2 O Seguro Social de Doença (GKV)

A proteção social à saúde na Alemanha, organizada segundo o modelo de seguro social, é garantida mediante um sistema de contratação compulsória e tem como sua instituição central o *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), literalmente, seguro de doença legal. A execução do asseguramento à doença não é de responsabilidade direta da administração estatal. É transferida para instituições de direito público de administração autônoma, as Caixas de Doença, (*Krankenkassen*), que são geridas por representações dos trabalhadores e empregadores.

O *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) faz parte de amplo sistema de proteção social, com o qual compartilha princípios e características básicas. Relacionadas à operacionalização de seus princípios constitutivos de solidariedade, subsidiariedade e equivalência, as características básicas do seguro-doença são: 1) administração autônoma das instituições de seguro social (*Selbstverwaltunsgprinzip*); 2) pluralidade e integração do sistema (*gegliederte Krankenversicherung*), composto por Caixas organizadas segundo diversos critérios como profissão, ramo de produção, região ou empresa; 3) distribuição de benefícios em ações de saúde e não em espécie; 4) financiamento mediante contribuições paritárias de empregadores e trabalhadores (BMAS, 1994).[40]

Tais especificidades derivam do modo de conformação do Seguro Social de Doença em sua gênese e vigoram, em termos gerais, desde sua instituição em fins do século passado. O princípio de autonomia administrativa é definido como liberdade de auto-regulação e execução de tarefas públicas sob vigilância estatal através dos círculos sociais interessados e seus representantes (Bogs, 1976). Trata-

[40] Neste estudo consideram-se 'características básicas' a administração autônoma, a pluralidade do sistema e a distribuição de benefícios em ações (*Sachleistungsprinzip*), ainda que sejam referidos como 'princípios' nas publicações oficiais, para diferenciá-los dos 'princípios instituintes' do seguro social – solidariedade, subsidiariedade e equivalência.

se de autonomia mediada pelo Estado, cujo âmbito de ação e tarefa são definidos por legislação. À época da criação do Seguro Social de Doença, esta opção deveu-se à existência anterior de organizações cooperativas dos trabalhadores, que foram colocadas sob promoção e controle estatais.

Outra das características básicas do sistema é a pluralidade das organizações responsáveis pelo asseguramento. O modelo conservador de seguro social bismarckiano reproduziu as desigualdades sociais prévias no asseguramento dos riscos sociais, o que resultou em multiplicidade e diversidade de Caixas com adscrição de clientelas diferenciadas conforme a inserção no processo produtivo.

Conquanto o sistema seja organizado com base em modelo de seguro, pois o direito de acesso depende da contribuição prévia, não vige o princípio de restituição de despesas. As ações médico-sanitárias são colocadas à disposição para serem utilizadas de forma gratuita e direta (*Sachleistungsprinzip*): literalmente, princípio de pagamento em produtos *in natura*. A prestação em ações de saúde garante a assistência ao doente independente de sua situação financeira, uma vez que não implica desembolso direto do paciente no ato da utilização. Para a efetivação deste princípio, as Caixas fecham contratos com hospitais e farmácias, credenciam médicos, dentistas e outros profissionais, ao passo que os prestadores contratados obrigam-se a prestar atenção aos segurados com ônus para as Caixas.[41]

Cobertura Populacional e Círculo de Beneficiários

A proteção social à saúde na Alemanha é inclusiva e extensiva. A grande maioria da população é coberta pelo Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV) e tem acesso à ampla rede de assistência médico-sanitária em seus diversos níveis de complexidade. Englobando atualmente cerca de 90% da população residente, o GKV é a mais importante forma de proteção à saúde e à maternidade na Alemanha. Em paralelo à cobertura crescente do GKV desde a sua criação, as outras formas de asseguramento (seguro privado, ajuda beneficente, previdência para vítimas da guerra, previdência da polícia e forças armadas, além da atenção médica no âmbito da assistência social) tiveram sua clientela reduzida.

---

[41] Segundo o princípio de restituição de gastos vigente nos seguros privados, o segurado paga a sua conta ao médico, hospital ou farmácia e solicita restituição à seguradora. Desse modo, o seguro privado não estabelece vínculo com os prestadores nem tem responsabilidade quanto a remunerá-los ou mesmo à possibilidade de negociar preços. A relação do seguro privado é com o segurado contratante, o qual tem seus gastos restituídos conforme os termos estipulados no contrato.

População coberta

Em 1995, como exposto na tabela abaixo, 88,46% da população era assegurada pelo GKV, cerca de 9% eram assegurados privadamente e apenas 0, 13% não dispunha de proteção na Alemanha como um todo.[42] Supõe-se que esta última parcela seja constituída pelos mais ricos, já que os menos favorecidos com domicílio fixo estão incluídos nas estatísticas e têm sua proteção à saúde garantida pela assistência social, alcançando proporção menor do que 2% da população total.[43]

Tabela 1 – Proteção à saúde. Alemanha – 1995

Forma de proteção	Alemanha		Ocidental		Oriental	
	Pop.*	%	Pop.	%	Pop.	%
GKV: seguro social	72.156	88,46	57.211	86,60	14.942	96,36
Seguro privado	7.380	9,05	7.049	10,67	333	2,15
Prev. Polícia/Forças Armadas	605	0,74	482	0,73	123	0,79
Assistência social e outros **	1.324	1,62	1.229	1,86	95	0,61
Sem proteção	105	0,13	93	0,14	13	0,08
População total	81.570	100,00	66.064	100,00	15.506	100,00

* População em milhares. ** Inclusive aposentados/auxílio de guerra.

Fonte: StBA, 1995b.

Pessoas carentes têm acesso à atenção à saúde gratuita por meio da assistência social, porém, arcam com todos os ônus em ser beneficiários desse tipo de assistência: preencher requisitos de elegibilidade, comprovar carência, solicitar autorização para cada consulta, submeter-se ao humor do burocrata e, ainda, ser estigmatizado. Quando o asseguramento voluntário no GKV é possível, conforme regras descritas na próxima seção, o órgão responsável pela assistência social dos municípios paga a contribuição; deste modo, a maioria dos beneficiários da assistência social é segurada pelo GKV.

A região da ex-Alemanha Oriental diferencia-se da Ocidental por incluir quase toda a sua população no Seguro Social de Doença. Em 1996, 96% da população da região oriental era segurada do GKV. Assim, após a unificação, manteve-se a cobertura quase universal na região oriental, similar àquela do antigo Estado

---

42 Após 1991, sempre que a região da Alemanha não estiver especificada neste trabalho, a observação ou os dados referem-se à Alemanha unificada.

43 Em 1994, de 93 mil pessoas não asseguradas, apenas 5 mil eram desempregadas, 10 mil eram assalariadas e 76 mil eram não economicamente ativas, o que pode significar que viviam de rendas.

socialista, mesmo que o sistema ocidental tenha sido diretamente estendido à região oriental, substituindo a forma anterior de proteção. A proteção social socialista também tinha seus fundamentos em seguro social relacionado à ocupação, sendo, contudo, único para todos os riscos sociais e complementado por seguro estatal para outros grupos populacionais não ocupados.

A República Democrática Alemã (*Deutsche Demokratische Republik* - DDR) foi o mais rico e produtivo país do Comecon (*Council for Mutual Economic Assistance*), organização econômica do Estados do Leste, e dispunha de amplo sistema de proteção social, constituído por um *mix* de seguro social e seguridade social.

Ao contrário dos outros países socialistas do leste europeu que mantiveram seu direito e reformaram gradualmente suas constituições, o contrato de unificação da Alemanha Oriental definiu a sua autodissolução. Isso porque, segundo Offe (1993), a RDA constituiu-se em um Estado apenas em nível econômico, mas não em uma nação. O processo de unificação significou, para a Alemanha Oriental, a sua extinção enquanto Estado. Em 1º de julho de 1990 passou a viger, em seu território, a Constituição da República Federal da Alemanha, e o sistema de proteção em seus diversos ramos, inclusive o GKV, foi estendido para sua população.[44]

Na região ocidental, a cobertura pelo GKV é igualmente alta, atingindo 87% da população; todavia, é mais baixa do que na região oriental. A proporção de pessoas com seguro privado nessa região é mais elevada do que na região oriental, correspondendo a 11% da população, o que condiz com sua situação econômica mais vantajosa: maior PIB per capita e salários mais altos. Como veremos a seguir, empregados que recebem salários acima de determinado patamar não são compulsoriamente obrigados a filiar-se ao seguro social.

Evolução da proteção à saúde nas últimas décadas

O Seguro Social de Doença aumentou progressivamente a sua cobertura por conta de um processo contínuo de inclusão. Acompanhando a série histórica da região ocidental[45] na tabela a seguir, pode-se observar a evolução da proteção ao

[44] Para outras informações sobre o sistema de proteção na DDR, ver Giovanella, 1998. O trabalho refere-se especificamente à proteção à saúde da República Federal da Alemanha (*Bundesrepublik Deutschland-BRD*). Não são analisadas especificidades do sistema da ex-República Democrática Alemã (*DDR-Deutsche Demokratische Republik*). A unificação significou não apenas o desmantelamento do regime socialista e de suas formas de produção, mas também de sua proteção social e formas de assistência à saúde, estendendo-se o sistema ocidental à região oriental e sendo definidas apenas algumas regras de transição.

[45] Em decorrência da agregação da Alemanha Oriental em 1989, as séries históricas anteriores aos anos 90 serão sempre apresentadas apenas para a região ocidental, a fim de possibilitar comparação.

risco de adoecer nas últimas décadas. Na Alemanha ocidental, desde 1970, o nível de proteção pelo Seguro Social de Doença, GKV, mantém-se próximo aos 90% da população residente, mostrando pequenas variações. O número de segurados do GKV na população total atingiu seu ponto mais alto na década de 80. De lá para cá, comparando-se a situação de 1995 com 1980, a proporção de segurados pelo GKV na região ocidental diminuiu em 3,7 pontos percentuais, embora tenha elevado o número absoluto de segurados.

Tabela 2 – Proteção à saúde. Alemanha (Região Ocidental) – 1970-1995*

Forma de Proteção	1970		1980		1990		1995	
	Pop.*	%	Pop.	%	Pop.	%	Pop.	%
GKV - Seguro Social	53.531	87,87	55.565	90,33	54.361	86,20	57.211	86,60
Seguro privado	5.696	9,35	4.611	7,50	6.935	11,00	7.049	10,67
Prev. Polícia/F. Arm.	1.013	1,66	655	1,06	695	1,10	482	0,73
Assist. social **	***	***	549	0,89	974	1,54	1.229	1,86
Sem proteção	684	1,12	137	0,22	97	0,15	93	0,14
População total	60.924	100,00	61.516	100,00	63.062	100,00	66.064	100,00

*População em milhares. **Inclusive aposentados de guerra e beneficiários de outras formas de compensação por danos na guerra. ***Os dados estão agrupados na categoria anterior.

Fonte: SVR, 1994 T. 300; StBA, 1980, 1990, 1995b. (cálculos próprios)

A proporção de segurados privados tem permanecido estável durante os anos de 1990. Nas décadas anteriores, no entanto, apresentou oscilações. A participação dos segurados privados diminuiu nos anos 70, observando-se menor número de segurados privados em 1980, mas voltou a aumentar nos anos 80, estabilizando-se em cerca de 11% da população na primeira metade da década de 1990.

Conquanto a variação percentual seja baixa, entre 1980 e 1995 o crescimento do número absoluto de segurados privados é expressivo: 60%. Se cotejado com 1970, o aumento fica em 20%, em razão da variação no período. Em 1989, ano da entrada em vigor da Lei da Reforma da Saúde, o número de segurados privados aumentou, pois a lei dificultou o ingresso de aposentados e autônomos no Seguro Social de Doença e liberou os operários que percebiam acima de certo nível de renda da obrigatoriedade de asseguramento. Além disso, tarifa básica para o seguro privado foi regulamentada.

Chama também a atenção o aumento da população que precisa recorrer à assistência social para garantir atenção à saúde. A despeito de a participação deste grupo ficar, em termos relativos, abaixo de 2% em 1995, o número de pessoas que dispõe apenas da assistência social para a proteção à saúde dobrou entre 1980 e 1995, passando de 550 mil para 1,2 milhões. Paralela a esta evolução, a proporção de pessoas desprotegidas diminuiu tanto em termos numéricos quanto em termos relativos, correspondendo a apenas 0,14% da população (93 mil pessoas) em 1995.[46]

Proteção à saúde conforme a participação na economia

Apesar de a proteção à saúde na Alemanha ser conformada a um modelo de seguro social em que esse direito está condicionado à integração ao mercado de trabalho, a participação ou não no mercado de trabalho tem pouca influência no nível de asseguramento pelo GKV. Para as pessoas que trabalham, essa proteção é mesmo levemente mais baixa do que a da população em geral, o que não significa que estejam desprotegidas. Uma parcela maior da população ocupada é assegurada privadamente, pois os trabalhadores que recebem salários elevados acima de certo limite, assim como os funcionários públicos, são desobrigados da participação compulsória no Seguro Social de Doença.

Esta perda de importância da participação no mercado de trabalho para garantia da proteção reforça a afirmação das características de universalidade que o sistema de seguro social adquiriu em sua evolução. Ao mesmo tempo, o alto nível de proteção, em inclusão e extensão, contribui para a elevada aceitabilidade do seguro social, inviabilizando propostas de constituição de um sistema de proteção desvinculado do trabalho.

Uma cobertura pelo GKV em nível similar não significa, porém, que a situação de proteção seja idêntica para as populações ocupada, desempregada e não economicamente ativa. Considerada a distribuição da população alemã conforme sua participação na economia, a situação dos desempregados[47] se destaca. Estes são protegidos pelo seguro social em proporção mais elevada do que o conjunto da população ou do que a população ocupada, mas é também entre estes que se concentra a maior proporção daqueles que recorrem à assistência social.

46 Além da inclusão, isto pode indicar que, mesmo pessoas de altas posses tenham passado a assegurar-se com mais freqüência, em razão dos preços cada vez mais altos da atenção médica e da introdução de procedimentos cada vez mais caros.

47 Em 1995, na Alemanha como um todo, 7,6% dos desempregados tinham proteção à saúde apenas via assistência social e poucos eram os que se asseguravam voluntariamente ou arcavam com seguro privado. Esta situação era bem diferenciada daquela da população em geral, em que apenas 1,6% das pessoas garantiam atenção médico-sanitária pela assistência social.

A evolução da proteção à saúde conforme a participação no mercado de trabalho segue o padrão daquela apresentada para a população como um todo. No que concerne à região ocidental, pode-se observar, na tabela a seguir, a progressão recente da proteção à saúde (de 1980 a 1995) de acordo com a posição no mercado de trabalho. Nesse período, ocorreu leve diminuição da cobertura do GKV, que foi mais acentuada entre a população ocupada, passando de 90% para 85%, diferencial compensado pela maior participação no seguro privado. O número de pessoas ocupadas que são asseguradas privadamente cresceu em cerca de 50%, passando esta participação de 7,6% para 13%, tendo sido agregado um contingente de 3,7 milhões de pessoas.

Entre os desempregados e os não economicamente ativos, chama a atenção o aumento do grupo cuja proteção à saúde é garantida por outras formas de proteção, em especial, a assistência social.[48]

Tabela 3 – Distribuição da população conforme participação na economia e forma de proteção à saúde. Região Ocidental – 1980 e 1995

Formas de proteção	Ocupados		Desempreg.		Não econ. ativ.		Total	
	1980	1995	1980	1995	1980	1995	1980	1995
GKV	89,89	85,23	89,55	88,03	90,69	87,66	90,33	86,60
Seguro privado	7,59	12,94	2,34	1,98	7,53	9,41	7,50	10,67
Outros*	2,45	1,77	7, 18	9,77	1,44	2,73	1,95	2,60
Não segurados	0,06	0,06	0,91	0,22	0,33	0,20	0,22	0, 14
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

*Beneficiários da assistência social, segurados de guerra e outras formas de compensação de danos de guerra

Fonte: StBA, 1980 e 1995. Os dados referem-se aos resultados dos microcensos de abril de 1980 e 1995.

Regras de inclusão

Restrito ao operariado industrial em sua origem, o Seguro Social de Doença teve a cobertura ampliada de modo progressivo em seus mais de cem anos de existência, passando a englobar a grande maioria dos trabalhadores assalariados – operários e empregados –, assim como parte dos trabalhadores autônomos e dos

48 O número e proporção de desempregados aumentou muito no período. A taxa de desemprego passou de cerca de 2,8% da população economicamente ativa, em 1980, para 8,4% em 1995.

proprietários rurais. Até certo limite de renda, o seguro é compulsório para a população ocupada e exclui trabalhadores em situação de ocupação mínima. Os integrantes do sistema são diferenciados segundo uma tipologia de segurados: obrigatórios, aposentados, voluntários e familiares dependentes.

Segurados obrigatórios

Segurados obrigatórios são aqueles inscritos compulsoriamente pela força da lei. Entre os segurados obrigatórios contam-se os trabalhadores ativos e os aposentados.

Por muito tempo, o asseguramento compulsório dos trabalhadores foi regulamentado de forma distinta para empregados e operários, conferindo-lhes *status* diferenciado. Enquanto todos os operários (com salário semanal, por hora trabalhada (*Lohn*)) eram obrigados a assegurar-se, os empregados (que recebem ordenado mensal (*Gehalt*)) o eram apenas até certo limite de renda. Somente em 1988, com a Lei da Reforma da Saúde, os dois grupos adquiriram o mesmo status. A partir de então, o asseguramento tornou-se obrigatório para trabalhadores – empregados e operários – cujos rendimentos do trabalho assalariado regular não ultrapassavam 75% do limite máximo para a contribuição da previdência social (seguro-aposentadoria). Isto significou que uma parcela dos operários melhor remunerados foi desobrigada do asseguramento compulsório.

Em 1997, o salário mensal máximo limite para desconto de contribuição e para obrigatoriedade de participação no Seguro Social de Doença na região ocidental era de 6.150 marcos (US$ 4 mil) e, na região oriental, 5.325 marcos (US$ 3,5 mil).[49]

Além dos trabalhadores empregados, grupos não empregados também são assegurados compulsoriamente. Aposentados da previdência social, desempregados que recebem seguro-desemprego, estudantes universitários, pessoas em formação ou treinamento profissional, aprendizes, participantes de medidas de promoção ou reabilitação para o trabalho e deficientes que exercem atividades em instituições especiais são também membros obrigatórios do Seguro Social de Doença (SGB,1993). Para alguns destes grupos, regras mais detalhadas especificam – restringem ou liberam – sua participação.

O asseguramento obrigatório dos aposentados depende de sua participação anterior no sistema. Somente são assegurados os que comprovem ter sido segurados obrigatórios durante, no mínimo, 50% de seu tempo de trabalho. O

[49] O estabelecimento de um limite máximo de renda para o asseguramento nos esquemas compulsórios estaria de acordo com o princípio da subsidiariedade. Não decorreu, porém, apenas deste princípio, mas também da exigência dos próprios médicos, que queriam garantir suas rendas provenientes da clínica privada.

objetivo desta regra seria garantir o direito de participação apenas aos aposentados que contribuíram para o sistema durante a vida ativa, melhor remunerada, e não optaram pelo seguro privado, por vezes, mais em conta. Isto é, deram sua parcela de contribuição solidária. Como foi visto anteriormente, as contribuições dos aposentados não cobrem seus gastos.

Cinqüenta por cento das contribuições dos aposentados são pagas pela previdência social e equivalem a taxas médias nacionais legisladas, as quais nem sempre correspondem às necessidades financeiras de determinada Caixa. Por este motivo, existe, entre as Caixas, uma compensação financeira relativa aos diferenciais da proporção de aposentados. Ainda que os aposentados continuem a ser filiados à mesma Caixa à qual eram segurados durante a vida ativa, constituem o chamado Seguro-Doença dos Aposentados (*Krankenversicherung der Rentner*) por conta das particularidades de suas contribuições.

Os desempregados são assegurados enquanto recebem seguro-desemprego ou auxílio-desemprego. Caso permaneçam mais tempo desempregados do que a duração destes auxílios, poderão contribuir voluntariamente. A assistência social passa a pagar suas contribuições se comprovarem a necessidade, e os desempregados permanecem membros do sistema.

Além dos assalariados cujos rendimentos ultrapassam o limite máximo para a contribuição, como conseqüência da centralidade do sistema de seguro social no trabalho assalariado, os funcionários públicos e respectivos pensionistas, os soldados, juízes, religiosos e trabalhadores autônomos não são obrigatoriamente assegurados. Os trabalhadores autônomos não pertencem ao círculo dos segurados do GKV, com exceção de agricultores (proprietários rurais e membros da família que exercem atividades agrícolas na mesma propriedade), artistas e publicitários (Alber, 1992).

Os funcionários públicos (*Beamten*)[50] recebem a restituição de 50% das despesas médicas de sua repartição e costumam contratar um seguro privado para cobrir o restante. Soldados e policiais têm sistema especial de proteção. Para os empregados públicos não estatutários, por sua vez, as regras são idênticas àquelas dos empregados em geral.

Até 1998, quem exercia a denominada 'ocupação mínima' não era assegurado. Em 1997, estavam nesta categoria os trabalhadores que recebiam até 610 marcos por mês (510 DM na região oriental) e trabalhavam menos de 15 horas por semana. Estes salários seriam não suficientes para garantir a subsistência e as contribuições.

---

[50] O termo funcionário público será utilizado apenas para a tradução de *Beamten*. Nem todos os trabalhadores com empregos estatais são *Beamten*, uma parte é composta por empregados públicos. Funcionários públicos, em razão de se pressupor lealdade ao Estado, têm privilégios diferenciados dos empregados públicos.

A inclusão deste contingente de trabalhadores 'precários' ocorreu em 1998 com a coalizão social-democrata/verde. Nos últimos anos, com o crescimento do número de postos de trabalho em tempo parcial, a discussão relativa à inserção deste grupo[51] no sistema acentuara-se. Verdes e social-democratas defendiam a extensão dos direitos sociais, de modo a incluir mais este contingente populacional. Para os conservadores, o objetivo seria de ampliar a receita do GKV pela inclusão da renda deste tipo de emprego no cálculo das contribuições de quem os exerce como ocupação secundária ou mesmo no caso de cônjuges que se vinculam como dependentes não contribuintes, embora exerçam atividades neste nível de remuneração.

O processo de inclusão de grupos ocupacionais no círculo de segurados compulsórios foi progressivo,[52] tendo sido incorporado ao GKV, já no início dos anos 70, a grande maioria da população residente. Todavia, o conjunto de regras de inclusão define os limites da solidariedade inerentes ao próprio sistema.

Segurados voluntários

A participação voluntária no Seguro Social de Doença (GKV) é possível no início da vida economicamente ativa e como continuidade do asseguramento. Apenas pode filiar-se voluntariamente ao seguro social quem foi seu membro obrigatório nos 12 meses imediatamente anteriores ou quem dele fez parte, durante os últimos cinco anos, por 24 meses no mínimo. Tal situação inclui a possibilidade de participação após a liberação da obrigatoriedade, como, por exemplo, quando o salário ultrapassa o limite obrigatório para o asseguramento. Além disso, a participação voluntária é aberta a assalariados cujos rendimentos ultrapassam esse limite já em sua primeira atividade remunerada.

As regras que dificultam o ingresso de segurados voluntários têm o mesmo sentido daquelas elaboradas para os aposentados: evitar que o indivíduo solteiro ou jovem se beneficie do seguro privado enquanto o prêmio é menor, em virtude

[51] Este contingente abrangeria cerca de seis milhões de trabalhadores, a maioria mulheres. Estas trabalhadoras, apesar de participarem do mercado de trabalho, não usufruem dos mesmos direitos dos outros trabalhadores.

[52] Em 1968, todos os aposentados foram incluídos, desconsiderando-se o tempo prévio de asseguramento no período ativo, existente desde 1956. Em 1971, o limite máximo do desconto de contribuição do salário e de obrigatoriedade de asseguramento foi fixado em 75% do salário de contribuição ao seguro social de aposentadorias dos operários. Dinamizado por correção em intervalos regulares, o aumento do limite levou à inclusão de cerca de 60% dos *white-collars* como segurados obrigatórios. Pela instituição de Caixas próprias, o seguro-doença dos agricultores autônomos (*Landwirte*), criado em 1972, incluiu os pequenos proprietários rurais e seus familiares como segurados obrigatórios. Entre 1968 e 1973, cerca de 2,1 milhões de pessoas até então vinculadas a seguros privados passaram a integrar o seguro social. Em 1975, os deficientes, cerca de 45 mil à época, puderam filiar-se. Em 1975, estudantes e praticantes/aprendizes foram integrados e, em 1981, na última lei de inclusão de categorias profissionais até o momento, artistas e publicitários autônomos foram obrigados a participar do GKV.

de apresentar baixo risco e por não ter dependentes, recorrendo ao seguro social apenas quando a situação se modifica por casamento ou idade.

Familiares dependentes

O cônjuge e os filhos do contribuinte são beneficiários do sistema na qualidade de familiares dependentes e estão isentos de contribuição adicional. Os filhos são dependentes até os 18 anos ou, quando em formação profissional, até 25 anos. O cônjuge é dependente se não exerce atividade remunerada.

Participação de segurados e contribuintes por tipo

Mesmo sendo os familiares diretos isentos de contribuição, a maioria dos filiados ao sistema é contribuinte: 69%. Apenas um em cada três segurados é familiar dependente. Entre os contribuintes, somente 9,7% o fazem voluntariamente e cerca de 30% são aposentados.[53]

A proporção de segurados contribuintes, dependentes e aposentados varia muito entre os diversos tipos de provedores de seguros, cujas especificidades serão analisadas no próximo item. Assim, enquanto nas Caixas Substitutas apenas 13% dos segurados são aposentados, nas Caixas Locais esta proporção é de 25% e na Caixa de Mineiros é de 48% (BMG, 1996:10.1). Isto produz uma pressão financeira diferenciada entre os órgãos provedores de seguros tanto em razão da utilização, que é maior entre a população mais idosa, quanto pela diminuição das receitas.

Nos últimos dez anos – entre 1985 e 1995 –, a proporção de segurados contribuintes na região ocidental cresceu, enquanto o número de segurados dependentes diminuiu. Isto condiz com o aumento da proporção da população economicamente ativa, da mesma forma que é condizente com a baixa taxa de natalidade alemã.[54] Já a participação dos aposentados no conjunto dos segurados evoluiu mais lentamente do que a proporção de contribuintes – apenas um ponto percentual (BMG, 1996:10.4 e 10.4a).

Na região oriental, a participação dos contribuintes no conjunto dos segurados é ainda maior. Em 1995, apenas 22% dos segurados eram dependentes, quer dizer, 78% eram contribuintes ativos e aposentados, o que pode ser correlacionado à maior proporção da população economicamente ativa no conjunto da população

---

[53] Dados de 1995 para a Alemanha como um todo.

[54] Em 1985, 35% (19,5 milhões) dos segurados eram dependentes e, em 1995, apenas 31% (18 milhões) o eram. A proporção dos contribuintes no conjunto dos segurados, por sua vez, passou de 65% para 69%.

em decorrência da tradição socialista de ocupação plena e de estímulo ao trabalho feminino. A proporção de aposentados é também levemente mais elevada do que na região ocidental, alcançando 32% (BMAS, 1996a:10.4a).

Chama a atenção o fato de que, para o Seguro Social de Doença, a evolução da proporção de aposentados não tem os mesmos efeitos que na área da previdência social, na qual aposentado é sinônimo de beneficiário, traduzindo-se o aumento desta relação em equivalente perda do número de contribuintes. No Seguro Social de Doença, a quantidade de contribuintes não diminui quando aumenta a proporção de aposentados entre os segurados, pois estes contribuem do mesmo modo que os ativos. O volume de suas contribuições, contudo, é mais baixo do que o dos contribuintes ativos por causa da perda de renda que envolve a aposentadoria, ao mesmo tempo em que se eleva o risco de adoecer e a probabilidade de utilização.

Durante o período enfocado (1985 a 1996), a proporção de contribuintes voluntários aumentou levemente, tanto entre o conjunto de segurados do GKV (passou de 8% para 9,1%) quanto no conjunto de contribuintes (passou de 12,2% dos contribuintes para 13,2%),[55] não confirmando a expectativa conservadora de que os segurados voluntários debandariam para o seguro privado, mais barato para jovens solteiros/as com altos salários e sem dependentes, pois os prêmios são calculados segundo o risco e não como proporção da renda, o que demonstra a alta aceitabilidade contemporânea do GKV.

Catálogo de Ações e Benefícios

Concomitante ao processo de inclusão de grupos ocupacionais com a extensão de cobertura para camadas cada vez mais abrangentes da população, a pauta de benefícios garantidos pelo GKV – Leistungskatalog foi ampliada e uniformizada de modo gradual. Na extensão inicial, predominaram as transferências financeiras, principal benefício do GKV em sua origem, tendo sido o auxílio-doença majorado progressivamente em seus valores monetários e no aumento do período de licença remunerada garantida.[56]

A assistência médica, no início pouco contemplada, tornou-se, aos poucos, o principal setor de gastos do GKV – em particular, a partir de 1930 –, quando os familiares dependentes, cujo asseguramento era garantido apenas em algumas Caixas, foram incluídos na proteção de forma obrigatória. Ações médico-sanitárias

[55] Dados para a região ocidental. Na região oriental, a proporção de segurados voluntários no conjunto dos segurados é distinta, tendo aumentado de 3,8%, em 1991, para 5,1%, em 1996 (BMG, 1997:297).

[56] Já em 1903, uma lei complementar duplicou o período de licença-saúde para 26 semanas. Em 1919, a licença-maternidade foi tornada obrigatória para todas as contribuintes e, posteriormente, alargada muitas vezes.

foram sucessivamente incorporadas conforme o desenvolvimento técnico-científico no setor. As despesas com ações médico-sanitárias individuais, que no começo do século tinham pequena participação no conjunto dos gastos, já representavam, em 1960, 65% dos dispêndios do GKV (BMG, 1995a).

A introdução de medidas preventivas e de promoção da saúde é mais recente. A prevenção individual, com adoção de medidas para diagnóstico precoce de doenças e direito a consultas médicas periódicas definidas conforme a faixa etária e o sexo, foi incluída no catálogo obrigatório a partir de 1971 e, ulteriormente, várias vezes complementada e estendida a outras doenças. Medidas de promoção foram estabelecidas com maior ênfase apenas em 1989, com a Lei da Reforma da Saúde.

De modo paralelo à ampliação das ações médico-sanitárias, outros benefícios passaram a ser assegurados, aumentando o campo de atuação do GKV, em particular os relacionados à política de família e saúde reprodutiva e de cuidados de longa duração.

Atualmente, o catálogo de ações médico-sanitárias e de benefícios em espécie (transferências financeiras) do GKV é uniforme e abrangente. Independente da Caixa a que são afiliados, todos os segurados têm direito a um mesmo catálogo de serviços, definido legalmente no Livro V do Código Social. A cesta de benefícios engloba quase a totalidade do conjunto de ações diagnósticas e terapêuticas atualmente disponíveis, garantindo atenção médico-sanitária nos diversos níveis de complexidade.

O cerne do catálogo de serviços são as ações médico-sanitárias individuais e, entre estas, as ações curativas, que incluem: atenção médica ambulatorial e hospitalar; atenção odontológica, assistência farmacêutica, psicoterapia e outros métodos terapêuticos (*Heilmittel*), bem como cuidados domiciliares (SGB, 1993).

Além das ações individuais curativas, o catálogo inclui: medidas para promoção da saúde, prevenção – inclusive em *Kurhaus* – e diagnóstico precoce de doenças; ações de reabilitação e meios de ajuda (*Hilfsmittel* – próteses, lentes de óculos e aparelhos de audição); cuidados na gestação e parto; contracepção para jovens até 20 anos de idade; aborto hospitalar e esterilização legal; fecundação artificial; transferências financeiras: auxílio-doença, auxílio-parto, auxílio-maternidade e auxílio-funeral (SGB, 1993).

As ações não são especificadas em uma cesta, mas definidas de modo genérico. Os segurados têm direito a "tratamento médico quando este se fizer necessário para diagnóstico e cura de doenças, bem como para evitar a piora e minorar o sofrimento" (SGB,1993:110). As ações devem, pela letra da lei, corresponder a necessidades médicas, ser suficientes, oportunas (estar em consonância com as finalidades) e econômicas (não despender mais recursos do que o necessário). Ações desnecessárias ou pouco econômicas não podem ser reivindicadas pelos

segurados, da mesma forma que os prestadores não devem realizá-las, estando as Caixas proibidas de concedê-las (SGB, 1993).

Os segurados têm direito a grande parte das ações do catálogo de forma direta, sem pagamento e sem participação financeira. Para isto, basta apresentar o cartão magnético do segurado.[57] A participação financeira direta dos pacientes é legislada de modo uniforme entre Caixas e é expressiva apenas para assistência farmacêutica e próteses dentárias. No que concerne à atenção ambulatorial tanto médica quanto odontológica – exceto para próteses e ortodontia – não há participação financeira dos usuários. São estipulados montantes de co-pagamento para medicamentos e para internações em hospitais, clínicas de reabilitação e casas de repouso. Tratando-se de hospitalização, a taxa é paga por, no máximo, 14 dias ao ano.[58] Uma taxa de participação é definida para os outros métodos terapêuticos (*Heilmittel*) e para transporte para doentes. Segurados de baixa renda e crianças até 18 anos estão isentos do co-pagamento.

Atualmente, o catálogo não é apenas obrigatório, mas é também único, ou seja, as Caixas não podem criar novos benefícios. Com a uniformização, a possibilidade de oferta de ações adicionais foi sendo reduzida ao longo do tempo. No período da expansão, ações adicionais introduzidas por uma ou outra Caixa foram incorporadas pelo legislador ao catálogo obrigatório, o que o tornou cada vez mais abrangente e homogêneo.[59]

Desse modo, as desigualdades de direitos entre as Caixas são mínimas. Não existem diferenças essenciais no catálogo de ações e benefícios entre as Caixas. Mais de 90% das ações do catálogo são definidas legalmente, portanto, as dessemelhanças se referem à maior ou menor facilidade na autorização para alguns serviços, como, por exemplo, para estadia em casas de repouso ou aprovação em orçamentos de próteses dentárias.[60]

Em suma, analisando-se a evolução do catálogo do GKV em seus mais de cem anos de existência, revela-se expansão, progressiva uniformização e mudanças de prioridade na proteção. Em sua origem, o núcleo da proteção estava na

---

57 O cartão magnético, instituído com a Lei de Estrutura da Saúde de 1992, foi implantado plenamente até o final de 1994. Com validade de cinco anos, substituiu as guias de atendimento e, com elas, eliminou o emprego de recursos administrativos necessários para impressão, preenchimento etc., porém, permitiu o acesso direto a especialistas, produzindo aumento deste tipo de demanda.

58 Em janeiro de 1997, os valores de co-pagamento por dia de hospitalização eram de 12 marcos (US$7) na região ocidental e de 9 marcos (US$5,3) na região oriental. Para *Kur*, eram de 25 marcos e 20 marcos (US$14,7 e 11,7) respectivamente.

59 Com a liberdade de escolha das Caixas, instituída em 1992, a restrição legal de oferecimento das ações adicionais impôs-se como medida de contenção, dado que a oferta de mais serviços e benefícios, com o fim de atrair maior número de segurados por parte de uma Caixa, poderia ser seguida pelas outras, para não ficarem em pior posição na competição, produzindo aumento de gastos.

60 Em geral, as Caixas Substitutas oferecem maiores facilidades.

cobertura monetária do risco de adoecer para centrar-se, desde os anos 50, na atenção curativa. Observa-se também a tendência de deslocamento de riscos de curto prazo – medidas curativas – para os de longo prazo – medidas preventivas (Alber,1992). Mais recentemente, o catálogo incorporou medidas preventivas ainda que principalmente individuais. Ações coletivas de promoção e prevenção até hoje são pouco desenvolvidas pelas Caixas.[61]

O catálogo em detalhe

Além da atenção médica ambulatorial e hospitalar, os segurados têm direito a uma série de outras ações médico-sanitárias, descritas a seguir.

Promoção, prevenção e diagnóstico precoce

Entre as medidas de promoção e prevenção à saúde estão incluídas medidas individuais, inclusive em regime de internação, e coletivas: informação e educação em saúde para a prevenção de doenças; profilaxia individual e de grupo para saúde bucal; medidas de promoção em regime de internação em casas de repouso (*Kurhaus*); estadia preventiva em casas de repouso para mães (*Müttergenesungskuren*).

A prática preventiva é principalmente individual, com ênfase no diagnóstico precoce e de acompanhamento do desenvolvimento infantil; conquanto tenha sido aberta recentemente às Caixas a possibilidade da definição de parcerias com outros atores dos programas de saúde coletiva e permitida a sua participação no financiamento.

As ações de promoção da saúde são efetuadas principalmente mediante 'programas' ou 'treinamentos' de saúde relativos a: temas clássicos de prevenção individual, mudanças de hábitos e combate ao estresse. Afora isso, as Caixas fazem atividades de promoção à saúde e prevenção de acidentes nas empresas, em parceria com elas.[62]

Igualmente considerada medida preventiva é a atenção prestada nas casas de repouso, nos casos em que se verifique estar o "estado de saúde do segurado debilitado, o que em prazo previsível levará ao adoecimento" (BMAS, 1994). Nessas situações constatadas pelo médico, o segurado tem direito a cuidados em

61 Ações de vigilância em saúde e controle coletivo competem a departamentos governamentais específicos de saúde.

62 Esta é uma atividade secundária, pois a prevenção, tratamento e reabilitação de acidentes de trabalho são de competência específica do seguro de acidentes de trabalho.

casa de repouso tipo SPA,[63] em regime de internação ou ambulatorial. Todos os segurados com indicação médica têm direito a três semanas de SPA a cada quatro anos.[64] Medida semelhante é prevista também para a diminuição do estresse de mães com filhos pequenos.

Desde 1993, além dessas medidas de promoção e prevenção, as Caixas têm a possibilidade de repassar recursos para incentivar grupos de auto-ajuda e entidades não lucrativas de promoção e reabilitação da saúde.

Assistência odontológica

A atenção odontológica inclui medidas preventivas de saúde bucal, de diagnóstico precoce, curativas e de reabilitação – inclusive ortodontia para menores de 18 anos. Os segurados têm livre escolha. Podem optar pelo profissional de sua preferência entre os dentistas credenciados, que são a grande maioria, sendo atendidos em seus consultórios privados.

A maioria das ações odontológicas está incluída no catálogo[65] e a atenção é, em geral, gratuita, podendo ser utilizada sem necessidade de desembolso por parte do segurado. Faz-se exceção para próteses e ortodontia, nas quais os pacientes têm expressiva participação nas despesas, que são restituídas em 80% para tratamento ortodôntico e em 50% dos gastos para próteses dentárias. Para tal, o orçamento do tratamento deve ser previamente aprovado pela Caixa. Como estímulo ao maior cuidado individual com os dentes, os segurados que visitam o dentista regularmente – uma vez ao ano – têm direito à restituição de 60% dos gastos com próteses.[66]

De modo predominante, a profilaxia na assistência odontológica tem sido realizada por meio de consultas de rotina individuais. Apenas em época recente, as medidas de profilaxia de grupo receberam maior ênfase e foram introduzidas

---

63 A estadia em *Kurhaus* para recuperação da saúde ou prevenção do surgimento de agravos é prática tradicional na Alemanha. Banhos; massagens e exercícios compõem o programa. Inúmeros balneários e estações termais especializaram-se nesta forma de atenção (e ramo da economia). Após o tratamento de doença grave, câncer de mama, por exemplo, tal estadia constitui a oportunidade de atenção integral, em que se une o atendimento médico clássico à psicoterapia individual e/ou de grupo, com técnicas alternativas de combate ao estresse, medidas educativas para mudança de hábito alimentares, além dos banhos e ginásticas habituais.

64 Até 1996 eram quatro semanas a cada três anos, períodos estes reduzidos com o pacote econômico (*Sparpaket*) de 1996.

65 Estão excluídos alguns materiais de restauração e cerâmica para próteses, assim como certos procedimentos, como os implantes de dentes. Para prótese define-se um número máximo de dentes por semi-arcada e de pontes por arcada.

66 Nos últimos anos, a participação dos pacientes nas despesas com próteses dentárias sofreu alterações tanto na forma quanto no montante. Pela lei de contenção de gastos de 1997, a participação percentual das Caixas nessas despesas foi substituída pelo subsídio fixo por tipo de próteses.

como obrigatórias.[67] Medidas de profilaxia de grupo devem ser realizadas pelas Caixas em jardins de infância e escolas para crianças até 12 anos em parceria com os departamentos locais de saúde e a Associação de Dentistas das Caixas.

A baixa ênfase nos aspectos preventivos reflete-se no estado de saúde bucal. Assim, embora os gastos com assistência odontológica sejam dos mais altos em comparação com os demais países, a saúde bucal infantil na Alemanha é pior do que em países com gastos menores ou de igual nível (Alber, 1992). O recente destaque dado à introdução de ações profiláticas individuais e coletivas – altamente positivas no sentido de evitar as cáries e garantir a preservação dos dentes – busca dar resposta a esta situação problemática, mas tem também um componente de contenção. Caso os segurados se submetam à profilaxia, espera-se que não venham a necessitar de próteses. No entanto, a despeito de as medidas profiláticas compartilharem objetivos restritivos, sua introdução não tem efeito imediato de contenção de custos. Como as medidas preventivas são de caráter individual, sua implementação produz aumento de gastos, em razão de haver mais um exame periódico por segurado.

Assistência farmacêutica

Os medicamentos necessários à atenção ambulatorial também estão incluídos na cesta. A distribuição é feita diretamente pela rede de farmácias privadas e é afiançada por meio de contratos estabelecidos entre as Caixas e as Associações das Farmácias. Para receber um medicamento, o segurado apresenta a receita em qualquer farmácia e paga o montante de co-pagamento. Os medicamentos são pagos pelas Caixas diretamente às farmácias.

A assistência farmacêutica é o único setor da atenção em que há expressiva participação financeira direta dos pacientes mediante taxas de co-pagamento. Ao aviar uma receita na farmácia, o paciente paga uma taxa fixa, escalonada conforme o número de doses contido na embalagem: grandes, médias e pequenas.

Os valores do co-pagamento, assim como o volume de medicamentos englobados no esquema, foram sucessivamente ampliados nos últimos anos. Ao mesmo tempo, a implementação das regras de participação dos usuários nos gastos tornou-se cada vez mais complicada, como será visto na análise das medidas de contenção.

Tradicionalmente, existe pouco controle dos preços de medicamentos na Alemanha, e os remédios são considerados caros em comparação com outros países europeus (Alber, 1992). Até 1989, a interferência das Caixas na formação dos preços de medicamentos era mínima. Naquele ano foi criado um sistema de

[67] Em 1989, tornaram-se obrigatórias medidas de profilaxia de grupo para escolares, reforçadas em 1997.

definição de preços máximos para grande parte dos medicamentos a serem pagos pelas Caixas às farmácias. Se o preço do medicamento for mais elevado do que o valor máximo fixado, o médico deve informar ao paciente que o está receitando e o segurado deve arcar com a diferença.

O preço da maioria dos medicamentos incluídos no sistema, porém, foi ajustado ao valor fixado logo após a primeira definição de preços máximos e a maior parte não ultrapassa hoje o preço máximo. Com esta forma de regulação de preços, as possibilidades de intervenção das Caixas foram ampliadas, em especial, na área de genéricos.[68] Em 1995, dentre os medicamentos prescritos, 60% estavam englobados neste sistema, correspondendo a 56% das despesas do GKV com assistência farmacêutica (AOK, 1996).

A influência das Caixas restringe-se aos preços, sendo difícil influir na qualidade das prescrições. O controle da qualidade dos medicamentos disponibilizados no mercado é também considerado pouco desenvolvido. Inúmeros daqueles proscritos em países como Inglaterra ou EUA por seus efeitos duvidosos são licenciados na Alemanha (Schwabe & Paffrath, 1996). A prescrição de genéricos vem crescendo de modo gradual; representava, em 1995, 38,6% das prescrições, o que corresponde a 29,8% dos gastos das Caixas com medicamentos. Estima-se um potencial de economia de 2 bilhões de marcos anuais caso fossem realizadas todas as prescrições possíveis com genéricos (Schwabe & Paffrath, 1996). Entretanto, nenhuma nova medida para estimular o uso de genéricos tem sido promovida.

Meios de cura e meios de ajuda

Os segurados têm direito à grande maioria das ações sanitárias prestadas por outros profissionais da área da saúde quando prescritas pelos médicos, os chamados 'outros métodos terapêuticos' ou 'outros meios de cura' (*Heilmittel*). O tratamento com estes métodos é diferenciado daquele com emprego de medicamentos, sendo descrito como tratamentos com base em ações externas sobre o corpo das pessoas e prestado por profissionais não médicos. Inclui principalmente ações terapêuticas físicas, tais como ginásticas especiais para doentes, massagens, banhos medicinais, fisioterapia, assim como fonoterapia e terapias ocupacionais.

Estas ações somente podem ser efetuadas por prestadores credenciados. As Caixas, em conjunto, decidem quais as profissões passíveis de serem credenciadas. Com a lei da Reforma da Saúde, introduziu-se, desde 1989, a participação dos pacientes com mais de 18 anos nas despesas com estas ações. Até 1997, a taxa de co-pagamento para *Heilmittel* era de 10% dos gastos. A partir de julho de 1997 passou a 15%.

---

68 No caso de novos medicamentos, esta possibilidade inexiste, pois os mesmos são excluídos da negociação de preços.

Outro dos componentes do catálogo, os 'meios de ajuda' (*Hilfsmittel*) visam a assegurar o sucesso do tratamento médico ou compensar uma deficiência. Os principais são lentes de óculos e aparelhos de audição, próteses corporais e aparelhos ortopédicos. Havendo deficiência física, são garantidos equipamentos sofisticados, como próteses com mecanismos microeletrônicos e cadeiras de rodas motorizadas.

Assim como para os medicamentos, com a Lei da Reforma da Saúde, em 1989, foi introduzido um sistema de preços máximos para os 'meios de ajuda' a serem pagos pelas Caixas. O sistema teria por objetivo evitar a participação financeira dos pacientes e estimular os produtores a oferecer produtos no preço fixado (BMAS, 1994).

Cuidados domiciliares

O segurado, além de tratamento médico, tem direito a cuidados domiciliares. Quando estes podem reduzir o tempo de internação hospitalar, o segurado recebe em seu domicílio cuidados básicos, terapêuticos e ajuda para serviços domésticos durante até quatro semanas por agravo.

Reabilitação

Ações de reabilitação para prevenir, eliminar ou melhorar deficiências e 'dependência de cuidados' integram o catálogo obrigatório. A atenção reabilitadora pode ser prestada pelo médico em seu consultório, oferecida na forma de um *Kur* ambulatorial para reabilitação, ou sendo a forma ambulatorial insuficiente em regime de internação hospitalar. Esta é feita em clínicas de reabilitação contratadas pelas Caixas. Em geral, a possibilidade de reabilitação hospitalar restringe-se a quatro semanas no intervalo de três anos. As regras de co-pagamento da internação para reabilitação são idênticas às das internações em geral.

Se a reabilitação é direcionada para restabelecimento da capacidade de trabalho do segurado, esta passa a ser competência da Previdência Social (*Rentenversicherung*). Quando a necessidade de reabilitação é decorrente de acidente de trabalho, torna-se responsabilidade do seguro social de acidentes.

Transferências financeiras

Além de ações médico-sanitárias, os segurados têm direito também a benefícios em espécie: auxílio-doença, licença-maternidade, auxílio-parto, auxílio-funeral (para segurados que se filiaram ao sistema até 1989)[69] e auxílio doméstico em caso de doença.

---

69 O auxílio-funeral por morte do contribuinte é de 2.100 marcos e, no caso da morte de familiar, de 1.050 marcos (1997).

O auxílio-doença é pago pelo GKV a partir da sétima semana de licença para tratamento de saúde por, no máximo, 78 semanas para a mesma doença[70] a cada período de três anos. Seu valor, até 1996, era de 80% do salário de contribuição. Nas seis primeiras semanas, a continuidade do pagamento do salário é encargo do empregador e, desde 1969, é igual para operários e empregados, correspondendo a 100% do salário habitual sem carência.

Em 1996, reduziu-se o auxílio-doença para 70% do salário de contribuição e o pagamento nas seis primeiras semanas de afastamento foi legalmente estipulado como, no mínimo, 80% do salário habitual. Contudo, esta redução dos salários pagos no caso de doença não se concretizou por pressão dos trabalhadores nas negociações dos acordos coletivos setoriais, embora concessões tivessem de ser feitas.

As mulheres empregadas, além da necessária atenção médica durante a gravidez e o parto, têm direito à licença-maternidade por seis semanas antes do parto e oito semanas depois. Uma parcela do salário correspondente ao período da licença-maternidade é pago pelas Caixas e outra pelos empregadores.[71] Seguradas não empregadas recebem pequeno auxílio-parto.

Além do direito da trabalhadora ou do trabalhador à remuneração no caso de afastamento do trabalho para tratar de filho doente, o GKV garante outro benefício monetário: ajuda financeira para realização das tarefas domésticas (*Haushaltshilfe*) no caso de internação da mãe ou pai de filhos de até 14 anos, na ausência de outro adulto no lar que possa cumprir estas tarefas.

Composição e Organização

A organização do Seguro Social de Doença alemão caracteriza-se pela articulação e pluralidade das instituições responsáveis por asseguramento. Isto é, a proteção não é organizada com base em diferentes provedores de seguros articulados em associações específicas. A pluralidade de Caixas tem origem na forma histórica de constituição do GKV e sua continuidade foi garantida pela adscrição compulsória de grupos populacionais diferenciados conforme a inserção ocupacional em tipos diversos de Caixas.

A existência de regras específicas para o asseguramento de grupos ocupacionais distintos e/ou com *status* diferenciados – como, por exemplo, operá-

70 Após este período pode-se ter acesso a benefícios do sistema de aposentadorias.

71 Atualmente, os empregadores pagam cerca de ¾ do auxílio maternidade, segundo a Associação Alemã de Empregadores - DBA (DBA, 1994:21). Afora isso, a mãe ou o pai tem direito à licença sem vencimentos com garantia do emprego e ajuda finaceira durante 18 meses por ocasião do nascimento de filho (*Erziehungsurlaub* ou *Erziehungsgeld*). Em 1996, esta ajuda era de 600 marcos mensais no máximo (escalonada segundo a renda familiar) e extensivo à mães e pais trabalhadores.

rios (*blue collar*) e empregados (*white collar*), mineiros e marítimos – levou à constituição e/ou manutenção de Caixas de Doença (*Krankenkassen*) separadas, organizadas por ramo de produção, empresa, profissão ou região.

Desse modo, nos dias atuais, o Seguro Social de Doença é composto por distintos tipos de Caixas de Doença (*Krankenkassen*) com vinculação por ramo de produção, empresa, profissão ou região. As Caixas são classificadas em oito tipos. Em 1997, existiam, na Alemanha como um todo, 554 Caixas; entre estas, 18 eram 'Locais' (AOK – *Ortskrankenkassen*), 457 de 'Empresas' (BKK – *Betriebskrankenkassen*), 43 de 'Corporações de Trabalhadores Manuais' (IKK – *Innungskrankenkassen*), 20 'Rurais' (*Landwirtschaftliche Krankenkassen*), 7 'Substitutas para Empregados', 7 'Substitutas para Operários' (*Ersatzkassen*), uma de 'Marítimos' (*Seekrankenkasse*) e uma de 'Mineiros' (*Bundesknappschaft*). Esta tipologia define a forma de organização das representações das Caixas, que se agrupam em associações correspondentes.

Até 1995, a adscrição a tipos específicos de provedores de seguro social era compulsória. A lei definia em qual tipo de caixa um indivíduo deveria assegurar-se. Os operários eram obrigados a afiliar-se à Caixa Local de sua região. Às Caixas de Empresas e de Corporações pertenciam os respectivos trabalhadores. Os 'empregados' desfrutavam o privilégio de optar entre uma Caixa Substituta e uma Local.

A Lei da Estrutura da Saúde de 1992 ampliou o direito de eleição da Caixa pelos segurados, e a grande maioria dos contribuintes passou a poder escolher aquela de sua preferência. Como veremos no capítulo V, desde 1997, cerca de 85% dos contribuintes podem optar pela Caixa que quiserem, sem restrições.

Ainda que a pluralidade de órgãos provedores de seguro permaneça como característica do GKV, ao longo do tempo houve importante processo de concentração. Paralelamente à inclusão de parcelas cada vez mais ampliadas da população ao GKV, a quantidade de Caixas diminuiu de modo drástico no transcorrer dos anos, elevando-se o número de segurados por órgão. As cerca de 21 mil Caixas existentes no início do século (1913/14) sofreram brusca redução nos anos de 1920, passando para 7,7 mil em 1924/25. Em 1949/50, quando da constituição da República Federal Alemã, existiam cerca de 2 mil e, desde então, este número continuou a diminuir de modo gradual (Alber, 1992). Nos últimos 25 anos, o número de Caixas foi reduzido para cerca de um terço.

Recentemente, o processo de concentração de órgãos provedores de seguro acelerou-se. A possibilidade de fusão entre Caixas foi facilitada pela Lei da Estrutura da Saúde (GSG) de 1992. Caixas Locais, de Empresas e de Corporações, a partir de 1994, empreenderam esse processo com o intuito de diminuir custos operacionais e colocarem-se em melhores condições para enfrentar a competição pela conquista de segurados. A tabela abaixo mostra a distribuição das Caixas por tipo desde 1970, podendo-se observar o processo de concentração descrito.

Tabela 4 – Caixas por tipo e região. Alemanha – anos selecionados

Ano	Local	Empresa	Corporação	Rural	Substitutas	TOTAL*
Região da Alemanha Ocidental						
1970	399	1.119	178	102	15	1.815
1975	314	965	164	19	15	1.479
1980	272	655	156	19	15	1.319
1985	270	754	155	19	15	1.215
1990	267	692	152	19	15	1.147
1994	223	653	139	19	15	1.051
1995	84	633	122	19	15	875
1996	12	485	39	18	15	571
1997	12	424	28	18	14	498
Região da Alemanha Oriental**						
1991	12	37	23	2	0	74
1994	12	66	21	2	0	101
1995	8	57	18	2	0	85
1996	8	47	14	2	0	71
1997	6	33	15	2	0	56

* O número de Caixas refere-se ao início do ano, exceto para 1970, que corresponde ao final do ano. O total, para a região ocidental, inclui a Caixa dos Marítimos e a Caixa dos Mineiros em todos os anos. ** Caixas com sede na região oriental.
Fonte: BMG, 1995a:280; BMG, 1997:294; BMG, 1996.

As principais Caixas de Doença são as Locais, com 23 milhões de segurados, e as Substitutas para Empregados, com 21 milhões, garantindo proteção à maioria da população. Às Caixas Locais estão associados cerca de 40% dos segurados do GKV e às Substitutas para Empregados, por volta de 35%. Já as de Empresas e de Corporações, por tradição mais numerosas e menores, são responsáveis por 12% e 6% dos segurados do GKV, respectivamente.

Refletindo mudanças na própria estrutura produtiva – diminuição da proporção de trabalhadores industriais e expansão do setor de serviços –, a cobertura das Caixas Locais e Substitutas modificou-se ao longo do tempo. As Substitutas para Empregados tiveram sua clientela ampliada, assegurando de modo progressivo maior parcela da população, e as Locais perderam importância relativa, pois seu número de segurados cresceu mais lentamente. Assim, como se pode observar na tabela abaixo, enquanto 52% dos contribuintes[72]

[72] O termo 'contribuintes' inclui aposentados e exclui dependentes. Em razão das diferenças entre as Caixas quanto ao número de dependentes assegurados, as proporções de segurados e contribuintes são levemente distintas.

estavam filiados, em 1970, às Caixas Locais e apenas 23% às Substitutas, estas proporções eram respectivamente de 41% e 36% em 1995.

Tabela 5 – Proporção de contribuintes por tipo de Caixa. Alemanha Ocidental – 1970-1995

Ano	Local	Empresa	Corp.	Rural	Marítimo	Mineiro	S. Oper.	S. Empr.	TOTAL
1970	52,4	13,6	4,6	1,4	0,3	3,7	1,1	22,9	100
1975	48,3	12,7	4,7	2,8	0,2	3,2	1,1	27,0	100
1980	46,7	12,1	5,1	2,5	0,2	2,9	1,2	29,3	100
1985	44,8	11,6	5,2	2,2	0,2	2,7	1,5	31,8	100
1990	43,2	11,8	5,2	1,9	0,1	2,5	1,7	33,6	100
1995	41,2	11,2	5,5	1,6	0,1	2,2	2,1	36,0	100

Fonte: BMG, 1997:299. Para 1960: Alber, 1992:67.

As Caixas Substitutas para Empregados são as maiores, tendo em média mais de dois milhões de beneficiários. As Caixas Locais, tradicionalmente menores devido à sua forma de organização regional, contam também, desde 1996, com mais de 2 milhões de segurados, em média, como conseqüência do processo de fusão que empreenderam em nível estadual.[73]

Caixas Locais

Às Caixas Locais (Allgemeine Ortskrankenkassen/AOK) tradicionalmente pertenciam todos os segurados obrigatórios para os quais não existem Caixas específicas – os operários, *blue collars* – e eram organizadas por região geográfica sob a regulação dos governos estaduais. Até a década de 1980 eram constituídas em âmbito municipal ou por grupos de municípios próximos. Em sua origem, as Caixas Locais eram especializadas, constituídas por profissão ou ramo de produção. No início do século, após processo de fusão, foram dirigidas aos operários em geral. Estas Caixas Locais unificadas tiveram, desde seus primórdios, o apoio dos sindicatos e da social-democracia e, em geral, estão ligadas à Central Sindical DGB (*Deutscher Gewerschaftsbund*).

Em 1996, 40% de todos os beneficiários do sistema (47% dos segurados obrigatórios) eram membros de Caixas Locais (BMG,1997). As Caixas Locais contam com baixo número de contribuintes voluntários; apenas 25% de todos os contribuintes voluntários. Cerca de 60% dos membros voluntários do sistema contribuem para Caixas Substitutas (StBA, 1995a).

73 Até 1990 tinham em média 87 mil segurados (BMG, 1995:280, 285; StBA, 1995a:47, cálculos próprios).

As Caixas Locais apresentavam taxas de contribuição muito diferenciadas, bem como importantes dificuldades financeiras em alguns locais como decorrência de sua forma de organização regional; no entanto, a partir de 1994 passaram por processo de concentração como estratégia de fortalecimento frente à anunciada competição – ampliação da liberdade de escolha das Caixas pelos segurados. Unificaram-se regionalmente, estando o seu número reduzido a quase um terço em 1995. No ano seguinte, as Caixas Locais implementaram uma estratégia de unificação em nível estadual. Desde 1996, existe apenas uma Caixa Local por Estado, com exceção dos Estados *Nordrhein-Westfalen* e *Sachsen-Anhalt*, cada qual com duas (BKK 1997).[74]

Este processo de concentração tende a avançar, em especial, pelas dificuldades financeiras de Caixas Locais da região oriental, à beira da ruína ante as imposições da nova legislação que as pressiona a aumentar as taxas de contribuição. A tendência atual seria a de criação de Caixas por grandes regiões, uma vez que o processo de estadualização já se completou. A fusão de Caixas ampliaria as transferências financeiras – redistribuição – entre regiões com distinto desenvolvimento econômico, o que é consoante com o princípio da solidariedade (Am Orde, 1997b).[75]

Se, por um lado, o processo de concentração facilitou a tarefa de representação de interesses das Associações de Caixas frente aos prestadores e produziu possível redução de custos de administração, por outro, a quantidade de membros por caixa é de tal ordem que dificulta cada vez mais a identificação ativa dos segurados com suas Caixas (Alber, 1992).

Com a expansão das Caixas, a administração autônoma perdeu em proximidade com os segurados e em suas funções de acompanhamento e aconselhamento, tornando-se estruturas cada vez mais burocráticas. No presente, estes órgãos são grandes organizações burocráticas, cujos dirigentes/representantes quase não podem mais ter relação direta com as bases. Os cargos de gestão, antes ocupados por sindicalistas engajados, são preenchidos por gerentes profissionais que tanto poderiam ocupar este como outro cargo em qualquer associação de prestadores.

Caixas de Empresas

As Caixas de Empresas (Betriebskrankenkassen/BKK) asseguram os seus trabalhadores. Podem ser criadas pelos empresários para uma ou mais de suas empresas. Para a criação do órgão, as empresas devem ocupar, no mínimo, 1.000

[74] O processo recente de fusão teve a oposição de muitos dos representantes nos Conselhos de Administração. Com a diminuição do número de Caixas, a quantidade de postos de representantes foi reduzido à metade a cada duas Caixas fundidas.

[75] Uma fusão de Caixas de diferentes regiões sofreria maior resistência. As Caixas na região oriental estão em pior situação financeira (Betina Am Orde, 1997a).

trabalhadores com obrigatoriedade de asseguramento, contar com a aprovação da maioria dos trabalhadores e a autorização da repartição governamental competente. Criada uma Caixa, todos os segurados obrigatórios ocupados na empresa passam automaticamente a ser seus membros.

Por agregarem apenas os trabalhadores de cada empresa, o número médio de segurados por Caixa de Empresa é o menor – cerca de 13 mil. Embora a maioria das Caixas esteja organizada por empresa (81%), asseguram apenas 11% do conjunto de beneficiários do GKV.

Caixas de Corporações

É permitido às corporações de profissionais criar Caixas para seus associados. Das Caixas de Corporações (Innungskrankenkassen/IKK) participam os trabalhadores ocupados em empresas de 'ofícios manuais' (*Handwerksbetrieb*), como eletricistas, serralheiros, alfaiates, marceneiros, relojoeiros e padeiros, cujos proprietários sejam membros da corporação. As regras de criação são similares àquelas para empresas (SGB,1993). Em 1995 existiam 122 Caixas de Corporações, com a média de 27 mil segurados, na região ocidental. No entanto, essas Caixas também aderiram à estratégia de fusão e, em 1997, seu número foi reduzido a 28, passando cada qual a contar, em média, com 114 mil segurados.

Caixas Rurais

As Caixas Rurais (Landswirtschaftliche Krankenkassen/LKK) são organizadas pelas cooperativas rurais e delas fazem parte os pequenos e médios proprietários rurais que trabalham em regime de economia familiar. Este foi um dos últimos segmentos populacionais incluídos no GKV. As primeiras Caixas Rurais foram criadas no início dos anos 70 com subsídios da União, que permanecem até hoje. Por não terem sido incluídas na competição, o número de Caixas Rurais tem-se mantido constante; estas, em geral, sempre foram maiores e sua clientela permanece compulsória e fechada. Em 1995, na região ocidental, existiam 19 Caixas Rurais, com cerca de 67 mil beneficiários por instituto.

Caixas dos Marítimos e dos Mineiros

Paralelamente aos órgãos provedores de seguro organizados em nível regional ou local, existe ainda uma Caixa para os trabalhadores de minas e outra para marítimos, organizadas em nível nacional. Em 1996, a Caixa dos Marítimos (Seekrankenkasse) contava com 64 mil beneficiários e a Caixa dos Mineiros

(Bundesknappschaft) com 1,2 milhões de beneficiários. Estas Caixas, assim como as Rurais, mantêm sua clientela restrita e têm particularidades em seu financiamento. Recebem subsídios especiais por protegerem grupos populacionais com características específicas, como é o caso dos mineiros, que têm maior risco de doenças profissionais e cujo setor passa por importante reestruturação, em razão tanto da substituição do carvão por outras formas de energia quanto dos baixos preços internacionais do produto, que tornam o carvão alemão não competitivo mesmo internamente.

Caixas Substitutas

As Caixas Substitutas têm sua origem vinculada a fundos de auxílio independentes (*Freie Hilfskassen*), existentes à época da lei do Seguro Social de Doença, ao final do século XIX; às quais permaneceram filiados os trabalhadores não obrigados de asseguramento. Reconhecidas em 1909 como Caixas Substitutas, determinada clientela de empregados foi-lhes adscrita legalmente. Por tal origem, as Caixas Substitutas guardam até hoje características especiais, como é o caso da sua administração apenas pelos segurados à diferença da maioria das entidades provedoras de seguro social, que são geridas de forma paritária.

Estas Caixas, no início, eram mais apreciadas tanto pelos patrões – por não estarem obrigados a contribuir – quanto pelos trabalhadores – por serem autogeridas. Desde o início do século, porém, os trabalhadores organizados – social-democracia e sindicatos – afastaram-se destas entidades, atuando mais nas Caixas Locais (Oliveira, 1995).

As 'Caixas Substitutas para Operários' (Ersatzkassen der Arbeiter/EAR) são organizadas regionalmente ou por ramo de produção e, até 1996/97, só podiam filiar operários de determinadas categorias. São apenas oito e têm pouca expressão pelo baixo número de segurados que congregam (apenas 2% dos contribuintes).

As 'Caixas Substitutas para Empregados' (Ersatzkassen der Angestellten / EAN), ao contrário, são organizadas nacionalmente, com taxa de contribuição única para todo o país e são em número de sete.[76] A afiliação às Caixas Substitutas não é compulsória. Os trabalhadores classificados como empregados desfrutam da liberdade de escolha, podendo inscrever-se em Caixa Local ou em Caixa Substituta. Todavia, até 1996, as Caixas Substitutas podiam definir o círculo de afiliados em seus estatutos. Atualmente, estão abertas a todos os segurados e são obrigadas a aceitar qualquer contribuinte.[77]

---

[76] *Barmer, Deutsche, Hamburg-Münchener, Handels-, Hanseatische, Kaufmannische, Techniker.*

[77] Agradeço a Walter Baumann, gerente da representação regional em Hessen de uma Caixa Substituta (*Techniker Krankenkasse*) pelas informações a respeito das particularidades destas Caixas e quanto ao processo de negociação de preços com as Associações de Médicos, em entrevista realizada em Frankfurt em junho de 1997.

As Caixas Substitutas, em geral, por conta de suas receitas mais elevadas, em comparação às Caixas Locais, ofereciam benefícios ampliados, garantindo privilégios aos seus segurados (Baumann,1997). Hoje, porém, evidencia-se uma diferenciação entre as diversas Caixas Substitutas. As maiores comumente têm estrutura de riscos semelhantes às das Caixas Locais e apenas algumas Caixas Substitutas menores, com clientelas restritas a setores profissionais mais qualificados, garantem alguns privilégios aos seus segurados.

Outra diferença entre as Caixas Locais e Substitutas é a vinculação com os sindicatos, que decorre da adscrição, até 1996, de clientelas específicas. A Central Sindical (*DGB-Deutscher Gewerkschaftsbund*) tem pouca influência nas Caixas Substitutas, pois estas são reduto tradicional do (*DAG-Deutsche Angestelltengewerkschaft*), Sindicato dos Empregados Alemães, menos atuante e combativo, que não é filiado à DGB. Este é um dos fatores que contribuíram para a rivalidade entre as Caixas.[78]

As diferenças entre as Caixas se expressam também em conflitos entre elas, traduzindo divergência parcial de interesses e concorrência. Os conflitos mais marcantes ocorrem entre as Caixas Locais e as Substitutas. As primeiras, tipicamente de operários, defenderiam interesses mais gerais da massa trabalhadora, e as Caixas Substitutas, privilégios de alguns grupos ocupacionais. As Caixas Locais – tradicionalmente direcionadas a operários – têm estrutura de riscos menos vantajosa e, por isso, condições financeiras menos favoráveis. As Caixas Substitutas, em especial algumas de grupos específicos de empregados em melhor situação financeira, podem oferecer facilidades adicionais e, em geral, negociam contratos de remuneração generosos com os médicos, pagando preços mais altos e buscando, em contrapartida, atendimento diferenciado para seus segurados. Estas conquistaram, assim, parcela maior de segurados voluntários.[79]

A diversidade de Caixas originalmente correspondia à heterogeneidade de benefícios entre grupos ocupacionais. Ao longo do tempo, como vimos, o catálogo de ações e benefícios foi tornando-se homogêneo, reduzindo-se privilégios. Nos dias atuais persistem poucas diferenças entre as Caixas. Permanecem, contudo, diferenças nas taxas de contribuição devido à adscrição compulsória de grupos populacionais com riscos diferenciados a tipos de Caixas específicos.

Embora o número de Caixas venha diminuindo de modo intenso nos últimos anos, em decorrência da intensificação do processo de concentração deslanchado pela introdução dos mecanismos de competição, a pluralidade de provedores de seguro social ainda é característica do GKV.

---

78 Em razão das dificuldades de renovação dos ocupantes destes cargos, torna-se difícil para a DGB aumentar aí sua influência, o que poderia levar as Caixas a uma atuação política mais coadunada (Am Orde, 1997a).

79 Competição por segurados voluntários, tradicionalmente detentores de livre escolha sempre existiu.

A articulação entre as diversas Caixas por tipo, outra característica básica do sistema, é garantida mediante sua organização em associações, nos níveis estadual e nacional, como órgãos de direito público. As Caixas Locais, depois de sua fusão e unificação em cada estado em 1996, organizam-se, desde então, apenas em nível nacional. As Caixas Substitutas, por sua vez, sempre se organizaram somente em nível nacional, e suas associações – das Caixas Substitutas para Empregadores e das Caixas Substitutas para Operários – são de direito privado. São estas associações estaduais/nacionais que negociam com os prestadores (associações de médicos credenciados, sociedades de hospitais e outros) os contratos de atenção e as formas de remuneração e preços, dentro dos limites estipulados pela legislação. Representam também as Caixas na Ação Concertada em Saúde e compõem comissões conjuntas com prestadores, constituindo-se dos mais importantes atores setoriais.

Financiamento

O financiamento do Seguro Social de Doença é garantido através de contribuições compulsórias de empregados e empregadores.[80] De acordo com o princípio da solidariedade, as contribuições mensais dependem da capacidade financeira dos segurados, correspondendo a certa proporção dos salários. O valor das contribuições não é, portanto, escalonado segundo o risco; independe do estado de saúde, idade, sexo ou número de dependentes do segurado.

O Seguro Social de Doença (GKV) é financiado quase exclusivamente pelas contribuições (96%). Ao contrário dos países onde a proteção é garantida via Sistema Nacional de Saúde com financiamento fiscal, a participação estatal no seguro social é exceção. A União contribui apenas para o financiamento do auxílio-maternidade e subsidia as Caixas Rurais e as contribuições de estudantes e participantes do serviço militar obrigatório.

As contribuições para o conjunto das Caixas são formalmente paritárias[81] – pagas 50% pelo empregador e 50% pelo trabalhador, com exceção das Caixas Rurais. São descontadas dos salários até um limite definido legalmente, que corresponde a 75% do salário de contribuição para o sistema de aposentadorias e é reajustado a cada ano.

Em 1997, a taxa média de contribuição do GKV foi de 13,4%, sendo 6,7% destes pagos pelos empresários e 6,7% pelos trabalhadores, descontados dos salários até o limite do salário de contribuição. Este limite era de 6.150 marcos men-

---

80 Contribuir significa 'cooperar com outrem nos meios para a realização de algo'. Tanto contribuem os trabalhadores uns com outros, como os empregadores com os empregados.

81 Desde 1949, as contribuições são paritárias.

sais (cerca de US$ 3.700)[82] para a região ocidental e 5.325 marcos para a região oriental, valores acima dos quais, ao mesmo tempo, os assalariados são dispensados do asseguramento obrigatório. As taxas de contribuição têm aumentado gradualmente desde a década de 70, motivando uma série de medidas de contenção. (vide tabela 6).[83]

Conforme o tipo de contribuinte, vigem regras específicas. Trabalhadores ativos e seus empregadores contribuem cada qual com a metade da taxa de contribuição. Os aposentados contribuem para o seguro-doença com uma taxa que corresponde à taxa média nacional do conjunto das Caixas e é paga 50% pelo aposentado e 50% pela previdência social.[84] Para cálculo das contribuições dos aposentados, leva-se em conta o total da renda recebida até o limite de contribuição, incluindo-se outros tipos de pensão ou remuneração de trabalho (BMAS, 1994).

Para as Caixas Rurais, as contribuições são feitas apenas pelos segurados, uma vez que se trata de pequenos proprietários. Estes pagam o total de suas contribuições e a dos familiares empregados. Para esse cálculo há definição legal de classes de contribuições. A União financia parte das despesas com saúde das Caixas Rurais[85] (BMAS, 1994). Para o cálculo das contribuições dos segurados voluntários – ativos e aposentados – e dos autônomos incluídos, é levado em conta o conjunto de suas rendas até o limite do salário de contribuição obrigatória. Estipula-se também uma contribuição mínima mensal.

A definição do valor das contribuições é responsabilidade dos Conselhos de Administração de cada Caixa. Alterações das taxas de contribuição são decididas por consenso pelos representantes de empregadores e empregados integrantes destes conselhos. Para entrar em vigor, a decisão deve ser homologada pelo órgão estatal de vigilância. Como será visto adiante, a autonomia das Caixas em relação à definição das taxas de contribuição foi reduzida nos anos 90.

As taxas de contribuição são definidas pela administração autônoma de cada uma das Caixas, de tal forma que as receitas de contribuição possam cobrir as despesas previstas. As Caixas são instituições não lucrativas e funcionam em sistema de cobertura dos gastos correntes. As contribuições devem ser calculadas de modo que as receitas cubram as despesas e garantam reserva definida legalmente.

---

[82] O câmbio variou muito em 1997. Opta-se, neste trabalho, por uma taxa aproximada de 1,6 marcos por dólar (a variação foi até 1,8). Considerando as taxas médias de contribuição, a contribuição máxima de um trabalhador na região ocidental seria de aproximadamente US$ 250 por mês.

[83] O aumento mais expressivo ocorreu no início dos anos de 1970 por conta de ampliação da oferta de ações.

[84] A partir de 1997, a taxa de contribuição dos aposentados passou a ser a mesma que a dos outros segurados daquela Caixa por causa da plena vigência de compensação financeira da estrutura de riscos e liberdade de escolha das Caixas.

[85] Em 1993, a União cobriu 51,3% dos gastos destes órgãos.

Se, por um lado, aumentos de despesa implicam necessariamente a equivalente elevação das taxas de contribuição, por outro, os superávites acarretam a obrigatoriedade de reduções.

Condicionantes de diferenças nas taxas de contribuição

Uma das características do GKV é a existência de grande intervalo entre taxas de contribuição dos diversos órgãos provedores de seguro-doença. As taxas de contribuição são diferenciadas entre as Caixas em decorrência da afiliação compulsória de grupos ocupacionais a tipos específicos de Caixas, o que cristalizou grupos de segurados com riscos distintos. A estrutura de riscos dos segurados é determinante de suas necessidades financeiras, uma vez que a grande maioria de ações e benefício a serem garantidos são definidos legalmente. Em geral, velhos utilizam mais do que jovens, mulheres mais do que homens, pessoas de baixa renda mais do que as de alta renda, aposentados mais do que outros grupos de segurados e doentes crônicos mais do que doentes agudos (SVR, 1987).

O valor das taxas de contribuição de uma Caixa é condicionado pelo nível de renda e depende da composição etária e por sexo, da morbidade, do número de dependentes e da conseqüente utilização diferenciada de seus segurados. As Caixas menores, com estrutura de riscos dos segurados menos favorável e localizadas em regiões onde os salários são mais baixos, apresentam com freqüência taxas de contribuição mais elevadas do que outras, de clientela mais vantajosa. Desigualdades na utilização dos serviços por conta da estrutura de riscos e receitas mais baixas em razão dos menores salários obrigam as Caixas a estipular taxas de contribuição mais elevadas para poderem arcar com os gastos em saúde de seus associados, uma vez que o catálogo de serviços é semelhante.[86]

A influência de fatores de risco no valor das taxas de contribuição de cada Caixa foi legalmente reconhecida nos anos 90, sendo criado um mecanismo de compensação financeira da estrutura de riscos entre as Caixas, pela Lei da Estrutura de Saúde, em vigor desde 1993.[87]

Esta foi uma das mais importantes medidas introduzidas no sentido de prevenir, ainda que não totalmente, a seleção de riscos. Semelhante mecanismo garante o não esfacelamento da solidariedade, conseqüência previsível da intro-

86 Como as Caixas não podem solicitar falência, recorrem ao aumento das taxas de contribuição para cobrir as despesas das Caixas.

87 Este mecanismo será detalhado adiante na discussão das reformas.

dução da competição entre as Caixas. Na compensação financeira da estrutura de riscos foram inscritos como fatores: o nível de renda, a estrutura etária, a distribuição por sexo e o número de dependentes, bem como a proporção de aposentados já compensada anteriormente.

Nível de renda

Por sua centralidade no trabalho assalariado, as potencialidades de financiamento do seguro social têm relação direta com a situação do mercado de trabalho, o nível de emprego e o valor dos salários. As potencialidades financeiras de uma Caixa dependem imediatamente da inserção ocupacional e do nível dos salários de contribuição de seus membros. Isto é, quanto mais altos forem os salários de seus membros, mais elevado será o potencial financeiro de uma Caixa e, sob iguais condições de utilização, menores poderão ser suas taxas de contribuição.

Nas últimas décadas acentuaram-se as disparidades no potencial de receitas por tipo de Caixas em razão das diferenças de renda entre os segurados.[88] São observadas expressivas diferenças entre a média dos salários de contribuição dos membros dos diversos tipos de Caixa e, para um mesmo tipo, entre as diversas regiões. Naquelas economicamente mais fracas ou cuja economia passa por crise, a renda dos segurados é mais baixa e, por conseqüência, as taxas de contribuição são mais elevadas (Stegmüller, 1996a; Wynsong & Abel,1990).

Distribuição etária

É reconhecido que, em geral, o estado de saúde de um indivíduo piora com a idade. Segundo os resultados do microcenso de 1995, 12,3% da população entrevistada considerava-se impossibilitada do pleno exercício das atividades habituais. No grupo acima de 65 anos, entretanto, esta proporção duplicava-se, atingindo 25,4% dos integrantes desta faixa etária (Hein, 1996).

A distribuição etária varia de forma marcante entre as Caixas. Algumas apresentam composição etária muito mais favorável do que outras, o que implica diferenças em suas necessidades financeiras.[89] A estrutura etária afeta o valor das taxas de contribuição não apenas diretamente em decorrência do

---

[88] Enquanto a diferença na média dos salários de contribuição por membro entre as diversas Caixas era de 23%, em 1970, esta diferença elevara-se para 42%, em 1992. É de 35.199 marcos a menor renda média por contribuinte por ano e de 50.515 marcos a maior renda média (Stegmüller, 1996: 90).

[89] O grupo de contribuintes das Caixas Locais tem composição desfavorável quanto à renda – a média dos salários é mais baixa – e a estrutura etária é mais alta, com proporção maior de membros acima de 40 anos do que a média do conjunto das Caixas (Stegmüller, 1996:93s).

risco de adoecer ou de portar doenças crônicas. Idades mais avançadas também significam usualmente rendas mais baixas, em especial, no caso de aposentados. A influência da proporção de aposentados entre os segurados de uma Caixa no nível de utilização e, em conseqüência, na determinação de maiores gastos e, respectivamente, em taxas mais altas de contribuição, desde 1978, é compensada por meio de um mecanismo da equiparação financeira deste peso entre as Caixas, incorporado em 1993 à compensação financeira de estrutura de riscos instituída.

Distribuição por sexo

Estudos relativos à utilização dos serviços de saúde de acordo com o sexo têm demonstrado que os gastos de saúde per capita das mulheres são mais elevados do que os dos homens. A maior utilização está ligada à morbidade condicionada pelo sexo e difere conforme a idade considerada na análise (Schneider, 1994). Além disso, as contribuições femininas para o Seguro Social de Doença (GKV) são mais baixas, porque as mulheres contribuintes, de modo usual – porém, injusto –, recebem salários menores. Assim, elas contribuem com menores quantias, mas são responsáveis por gastos mais elevados do que os homens. Deste modo, a distribuição desigual de contribuintes homens e mulheres entre as Caixas provoca impacto no valor das taxas de contribuição, produzindo diferenciações.

A distribuição dos contribuintes por sexo entre as Caixas decorre da participação diferenciada de homens e mulheres no mercado de trabalho, que se reflete na estrutura do GKV, organizado tradicionalmente em diferentes tipos de órgãos relacionados à inserção ocupacional de seus membros. Em decorrência de particularidades culturais relacionadas à influência da igreja na conformação da proteção social, em defesa da família e, em especial, do papel da mulher como a mãe, a participação feminina no mercado de trabalho na Alemanha é baixa se comparada com os países nórdicos.[90] Assim, além de uma maior prporção de homens entre os contribuintes, a aprticipação de mulheres entre as Caixas varia de forma expressiva. As Caixas Substitutas para Empregados são as únicas com maior proporção de contribuintes mulheres do que homens. Nas Caixas Substitutas para Operários e nas Caixas de Corporações, a grande maioria (mais de 75%) dos contribuintes é de homens. Na região oriental, a proporção de mulheres contribuintes é maior do que na região ocidental.[91]

---

[90] Em 1996, na Alemanha, 55% das mulheres entre 15 e 64 anos eram ativas economicamente, enquanto na Dinamarca esta proporção era de 70% (Der Spiegel, 16/1998).

[91] Além disso, a distribuição das mulheres segundo a faixa etária também é diferenciada. Nas Caixas Substitutas para Empregados, a proporção de mulheres até 30 anos é maior do que a média para as Caixas Locais. Esta faixa etária engloba, em geral, maior proporção de solteiras, por conseguinte, com menor número de dependentes.

Proporção de dependentes

Em razão de os familiares dependentes serem isentos de contribuição, cada um significa peso financeiro adicional para a Caixa, uma vez que se inclui um segurado sem o correspondente aporte financeiro. A proporção de dependentes no conjunto de segurados do GKV em 1997 era de 29%, sendo mais baixa na região oriental (22%) do que na ocidental (31%), em particular, por conta da maior participação de mulheres no mercado de trabalho e, conseqüentemente, da existência de maior número de mulheres contribuintes na região oriental.

As diferenças entre as Caixas em relação ao número de dependentes também são importantes. As Caixas de Mineiros e Rurais são as mais prejudicadas neste sentido. As Caixas Rurais têm 63 dependentes e as Caixas dos Mineiros 50 dependentes para cada 100 contribuintes (BMG, 1996).

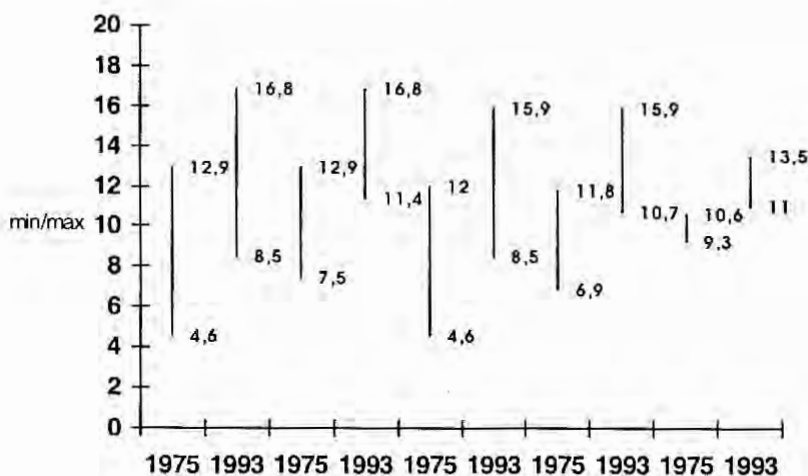
A relação do número de dependentes também é diferenciada entre os segurados voluntários e os segurados obrigatórios. Na região ocidental, a proporção de dependentes entre os segurados voluntários é expressivamente maior para todas as Caixas, exceto para as Rurais. Isto mostra que há cálculo econômico na adesão das camadas de maior renda ao sistema solidário. Na ultrapassagem do limite de renda de asseguramento obrigatório, quando da escolha da permanência no seguro social ou da eleição de seguro privado, os contribuintes com dependentes optam por permanecer filiados ao GKV, aproveitando-se assim deste aspecto da solidariedade. O asseguramento privado implicaria o pagamento de prêmios individuais para cada um dos integrantes da família.

Taxas de contribuição por tipo de Caixa

Em virtude da existência destas diferenças na estrutura dos segurados, até recentemente, uma das características do GKV era a existência de grande intervalo de variação entre as taxas de contribuição das distintas Caixas. Esta é conseqüência importante da forma de organização do Seguro Social de Doença centrada no lugar ocupado pelo trabalhador no processo de produção.

Essas expressivas diferenças nas taxas de contribuição entre as Caixas contradizem o princípio da solidariedade, segundo o qual cada um deve contribuir proporcionalmente a sua renda. Segurados com igual renda, mas adscritos a diferentes Caixas contribuem com montantes díspares. Além disso, a diferenciação das taxas de contribuição é o principal indicativo de que a solidariedade tradicionalmente não se exerce entre o conjunto de segurados, mas apenas no interior de cada grupo de segurados de uma Caixa.

As diferenças nas taxas de contribuição entre as Caixas individuais foram sempre muito importantes. Desde os anos de 1970, a mais alta taxa de contribuição de uma Caixa é mais do que o dobro da mais baixa. Como se observa na figura abaixo, a maior taxa de contribuição correspondia, em 1975, a 2,8 vezes a menor. Em 1993, esta relação ainda mantinha-se próxima ao dobro: a maior taxa de contribuição foi de 16,8%, e a mais baixa de apenas 8,5%. No interior de cada tipo específico de Caixa, as maiores diferenças encontram-se entre as Caixas de Empresas. Já as Caixas Substitutas para Empregados apresentam o menor intervalo de variação, pois têm adscrição nacional e, em geral, têm alto número de filiados.

Gráfico 1 – Mais alta e mais baixa taxa de contribuição por tipo de Caixa. Alemanha Ocidental – 1975 - 1993

Fonte: SVR, 1994:331; elaboração própria.

As diferenças das taxas de contribuição médias anuais por tipos de Caixa são muito menores do que aquelas entre Caixas individuais demonstradas acima, mas nem por isso menos importantes. As Caixas de Empresas e as Caixas Substitutas para Operários apresentam taxas tradicionalmente mais baixas, como pode ser observado na tabela abaixo. Nos anos de 1970, as maiores diferenças das taxas médias de contribuição ocorriam entre as Caixas de

Empresas e as Caixas Substitutas para Empregados, provavelmente por conta da oferta de benefícios adicionais por parte das últimas. Desde os anos 80, as Caixas Locais apresentam invariavelmente as taxas médias de contribuição mais elevadas, observando-se maior diferença entre suas taxas e as das Caixas Substitutas para Empregados.

A diferença das taxas médias de contribuição entre os diversos tipos de Caixas aumentou gradualmente a partir dos anos 80, alcançando seu ápice no início dos anos de 1990, em decorrência da progressiva unificação do catálogo e da manutenção de grupos de segurados fechados com estrutura de riscos diferenciada.

Tabela 6 – Taxas de contribuição médias anuais por tipos de Caixas. Região Ocidental – 1970-1996

Ano	GKV*	Locais	Empresas	Corpor.	Subst. Operários	Subst. Empreg	Dif.** > e <
1970	8,20	8,15	7,51	7,82	8,07	8,89	1,38
1975	10,47	10,64	9,43	10,38	10,17	10,69	1,26
1980	11,38	11,70	10,49	11,21	11,01	11,22	1,21
1985	11,81	12,11	10,29	11,27	11,33	12,10	1,82
1988	12,90	13,46	11,45	12,79	11,95	12,69	2,13
1990	12,53	13,13	11,10	12,28	11,23	12,32	2,03
1995	13,24	13,57	12,20	12,71	13,18	13,29	1,37
1996	13,47	13,83	12,59	13,11	12,97	13,45	1,24

* Taxas médias de contribuição do conjunto das Caixas, inclusive Caixa dos Mineiros e Caixa dos Marítimos. **Diferenças em número de pontos percentuais entre a maior e menor taxa de contribuição média anual.
Fonte: SVR, 1994:330; BMG, 1995b e 1997.

A partir de 1993, com a implementação da compensação financeira da estrutura de riscos entre as Caixas houve sensível redução dessas diferenças. Este mecanismo promoveu lenta, porém constante, redução das diferenças das taxas de contribuição médias entre Caixas.[92] É exatamente no sentido deste resultado de aproximação das taxas de contribuição que se pode afirmar que a Lei da Estrutura da Saúde reforçou a solidariedade ao estabelecer a compensação financeira de riscos.[93]

92 O intervalo de variação entre a maior e a menor taxa média de contribuição diminuiu de 2,36 para 1,16 pontos percentuais entre 1992 e 1997.

93 Mesmo com estas aproximações, em janeiro de 1997 permaneciam importantes diferenças nas taxas de contribuição entre Caixas. Entre as Caixas Substitutas, as taxas de contribuição variavam entre 11,5 e 14 pontos percentuais. Para as Caixas Locais, a maior taxa era de 14,9% e a menor, de 13% (Die BKK).

Administração Autônoma

No seguro social, o Estado estipula as condições gerais de funcionamento do sistema, mas não administra diretamente as entidades provedoras de seguro. As Caixas de Doença, assim como as instituições dos outros ramos do seguro social, não são de competência imediata da administração estatal. Constituem instituições de direito público, reguladas pelo Estado, cuja administração é de responsabilidade dos empregadores e trabalhadores. A administração das entidades provedoras de seguro social é, assim, autônoma.

As Caixas de Doença desfrutam de autonomia financeira e organizacional, estando subordinadas, porém, à regulação e vigilância estatais. A regulação é imprescindível para a garantia de princípios de justiça social. Desse modo, autonomia administrativa na área social significa liberdade de ação para a execução de tarefas legalmente definidas.

Oficialmente, o princípio de 'administração autônoma' (*Selbstverwaltung*)[94] proporcionaria a possibilidade de colaboração imediata dos participantes na conformação e aperfeiçoamento do asseguramento em caso de doença. Ademais, contribuiria para a promoção de parcerias sociais e da ordem social. Por meio da constituição de órgãos de administração autônoma no seguro social, a competência de condução seria transferida do Estado para os envolvidos (BMAS, 1994).[95]

A administração autônoma tem por base a concepção de que esta seria a forma de organização mais adequada para intermediar as necessidades dos endereçados dos benefícios sociais e expressar os interesses específicos dos grupos. Os instrumentos de legislação e controle de orçamento à disposição no sistema parlamentar não seriam suficientes para garantir a atenção voltada aos interesses do cidadão. Os órgãos da administração autônoma, com a participação direta dos envolvidos, estariam mais aptos a cumprir esta função (Ferner, 1976).

Desde a criação do seguro social, as entidades provedoras são instituições separadas da administração estatal direta. O princípio de administração autônoma para a organização das entidades provedoras do Seguro Social de Doença partiu do modelo das associações cooperativas de auto-ajuda, existentes à época

94 Considero o termo administração autônoma mais adequado do que autogestão para a tradução do conceito *Selbstverwaltung*, dado o conteúdo específico de autogestão como controle e administração da empresa por trabalhadores. Administração autônoma implica, além de autonomia administrativa, a constituição de entidades separadas do aparato estatal direto.

95 Para Waneck (1994), a forma de organização das Caixas não corresponderia, de fato, ao tipo de administração autônoma cooperativa de segurados; seria muito mais uma administração estatal indireta, complementada por elementos de condução externa por meio dos sindicatos e associações de empresários.

de criação do Seguro Social de Doença, foram organizadas pelos trabalhadores com a finalidade de prestar auxílio a seus membros em caso de doença.[96]

As regras para a administração autônoma, a composição dos órgãos de representação, a forma de eleição e a amplitude da autonomia modificaram-se ao longo do tempo, mas a existência de instituições separadas da administração estatal direta, com dirigentes escolhidos pelos pares, foi mantida, com exceção do período nazista.

Em 1933, com o nacional-socialismo – a ditadura nazista –, a administração autônoma foi abolida. As Caixas sofreram intervenção e seus dirigentes passaram a ser nomeados por órgãos governamentais. Criados para substituir os órgãos da administração autônoma, os conselhos consultivos com a participação de empregados e empregadores foram compostos por pessoas nomeadas e não eleitas, tendo pouca possibilidade de influência. Ao término da guerra, a administração autônoma foi restaurada na zona de ocupação francesa em 1948 e restabelecida, apenas em 1951, nas zonas de ocupação inglesa e americana (Seffen, 1973).

Em termos institucionais, a administração autônoma significa a constituição das Caixas como entidades não lucrativas de direito público. Em termos funcionais, exprime internamente a independência administrativa – liberdade para elaboração do estatuto, do orçamento, contratação de pessoal etc. – e financeira, com a possibilidade de definição das taxas de contribuição. Externamente corresponde à independência na relação com os segurados, à possibilidade de negociação de contratos com os prestadores e ao controle dos serviços prestados.

Os órgãos de gestão das Caixas são, em geral, compostos de forma paritária, constituídos por representantes dos empresários e trabalhadores eleitos por seus pares a cada seis anos.[97] Os órgãos de gestão das Caixas Substitutas são compostos apenas por representantes dos segurados. Nas Caixas dos Mineiros, dois terços dos membros destes conselhos são representantes de trabalhadores, e um terço, de empresários.[98]

---

96 Esta tradição era tão forte que tal característica foi mantida mesmo no contexto em que foi criado o seguro estatal de saúde, o de Estado autoritário e de ausência de direitos políticos para os trabalhadores. A incorporação desta forma de organização foi também condição para a aprovação da proposta bismarckiana no Parlamento (Siegerist, 1943).

97 É interessante observar aqui a diferença de paridade dos Conselhos de Administração das Caixas e os Conselhos de Saúde do SUS. No SUS, a paridade é entre usuários e prestadores de serviços. Nas Caixas de Doença alemãs, há paridade de empregadores e trabalhadores contribuintes do sistema em igual proporção. Os representantes dos empresários não são os mesmos dos prestadores privados de saúde ou dos produtores de insumos. Seu interesse aí não é como empresário do setor, mas como patrão que controla a utilização das contribuições sociais que paga.

98 Estas diferenças decorrem da forma de instituição e evolução dos distintos tipos de Caixas. No caso das Substitutas, por serem sucessoras das Caixas independentes, foram organizadas e administradas pelos próprios trabalhadores e incorporadas posteriormente ao sistema.

Até 1995, as Caixas eram administradas por uma Assembléia de Representantes e uma Direção, ambas formadas por representantes eleitos. Uma reestruturação da administração autônoma, na tentativa de aumentar a competência das instâncias representativas, foi definida pela Lei da Estrutura de Saúde.

A partir de 1996, esses dois órgãos foram substituídos por um Conselho de Gestão, com número menor de membros honorários eleitos e uma direção remunerada, composta por três membros, no máximo, e escolhida pelo Conselho a cada seis anos. O Conselho de Gestão elege, controla e fiscaliza a direção, assim como define estatuto, orçamento e taxas de contribuição.

Com tal mudança, os representantes de empregadores e trabalhadores eleitos passaram a ter maior possibilidade de interferência na condução das Caixas tanto na definição de uma política geral de atuação da Caixas, mais voltada aos interesses dos segurados, quanto no controle de sua execução pelos gerentes contratados. Buscou-se ainda promover maior renovação dos membros da direção, delimitando-se prazos de mandato. Após eleitos, muitos dirigentes permaneciam nos cargos até chegarem próximos à aposentadoria, tornando-se os mesmos quase que postos vitalícios (Am Orde, 1997b).[99]

Estas mudanças nos órgãos de administração das Caixas objetivavam, ao mesmo tempo, promover uma administração mais empresarial. Os dirigentes remunerados também tiveram suas competências ampliadas, desfrutando de autonomia[100] mais ampla.

Além da administração de cada Caixa, as Associações de Caixas, as de Médicos Credenciados das Caixas e as conjuntas, formadas por prestadores e Caixas, integram a administração autônoma. Os médicos credenciados organizam-se por regiões/estados e em nível federal. Outro dos órgãos da administração autônoma é a Comissão Federal de Médicos e Caixas, responsável pela definição da forma e extensão da atenção médica ambulatorial e constituída, de modo paritário, por representantes das Associações de Médicos Credenciados e das Associações de Caixas.[101] Recentemente, em 1997, as atribuições destas comissões conjuntas foram ampliadas, podendo decidir a respeito de questões referentes à atenção prestada também por outros profissionais.

---

[99] Agradeço a Betina Am Orde, responsável pela área de política social da Central Sindical (DGB) pelas informações prestadas em entrevista realizada em Düsseldorf, na sede da DGB, em maio de 1997, que me permitiram compreender melhor o funcionamento da administração autônoma.

[100] As mudanças centralizaram as estruturas de administração ao reduzir o número de representantes e ampliar competências da direção remunerada.

[101] Outras comissões conjuntas são: de arbitragem, de admissão de médicos, de definição da pontuação dos serviços prestados. Note-se que a paridade nestas comissões é entre as Caixas provedoras de seguro (compradores de serviços) e os médicos credenciados na qualidade de prestadores de serviços.

A autonomia da administração está condicionada pela legislação vigente, que define seu âmbito de ação, o catálogo de serviços e as condições para a criação de uma Caixa, além do que adscreve clientelas, obriga o asseguramento em geral e, no caso dos médicos, a afiliação compulsória às associações de médicos credenciados.

O princípio de autonomia administrativa não significa autonomia irrestrita das Caixas em suas políticas de gastos e financiamento, âmbitos que são legalmente regulados. O Estado define, no Livro da Legislação Social (Código Social), os espaços de atuação das Caixas. Estas têm autonomia administrativa financeira, inclusive para a definição das taxas de contribuição, de gestão de pessoal e, por intermédio de suas associações, de estabelecimento de contratos com as organizações dos prestadores, cujas condições são igualmente legisladas.

A administração autônoma, ainda que desfrute de certa independência, representa uma forma mediada de intervenção estatal.[102] Tanto suas competências como o grau de autonomia são definidos a cada momento pela legislação em vigor.[103] Contudo, o GKV é um dos ramos do seguro social que apresentou tradicionalmente maior grau de autonomia (Seffen, 1973).

Por ter como um de seus princípios constitutivos a solidariedade, o catálogo de serviços do Seguro Social de Doença (GKV) como assinalado acima – é único e definido legalmente, com restrita possibilidade de oferta de serviços diferenciados pelas Caixas. A aparente restrição da liberdade de ação das Caixas neste campo é resultado de um processo de redução de privilégios e de obtenção de maior eqüidade. A maior intervenção estatal possibilitou assim a passagem progressiva da definição dos direitos segundo o mérito para uma definição conforme a necessidade.

A atuação das Caixas é vigiada pelo Estado que fiscaliza a observância do cumprimento das responsabilidades legalmente atribuídas por meio de órgãos dos Departamentos de Saúde ou do Trabalho e Ordem Social em nível estadual e do Ministério da Saúde e do Departamento Federal de Seguros em nível federal.

Eleições

As eleições para o Conselho de Gestão das Caixas de Doença, bem como para os outros ramos do seguro social, são denominadas eleições sociais. Estas são livres e secretas, sendo realizadas a cada seis anos. Segurados e empregadores

[102] A discussão sobre a medida da 'autonomia da administração autônoma' é recorrente. A questão é se esta significaria renúncia de dominação do Estado – renúncia de exercício do poder – ou apenas forma mediada de gestão estatal.

[103] A questão da contradição entre fóruns participativos ou corporativos e o Parlamento resolve-se aqui pela definição, pelo Parlamento, não apenas das competências, mas do grau de autonomia dos órgãos de seguro social. É no Parlamento, em última instância, que as questões são resolvidas.

elegem seus representantes de forma separada com base em uma lista de candidatos. Eleitores são todos os contribuintes maiores de 16 anos, além dos que podem candidatar-se, aqueles que atingiram a maioridade.

A apresentação de candidatos pode ser feita tanto pelos sindicatos[104] quanto por associações de trabalhadores, desde que os objetivos da organização não se restrinjam à participação neste tipo de eleição e que preencham determinadas condições (BMAS, 1994). Estas associações são, de algum modo, importantes apenas para as Caixas Substitutas, que têm em seu conselho somente representantes de segurados. Nas outras Caixas, as listas de candidatos representantes dos trabalhadores são apresentadas em geral pela Central Sindical DGB e compostas por representantes dos sindicatos-membros. Pelo lado dos empregadores, as associações de empresários e suas federações são responsáveis pela apresentação das listas de candidatos.[105]

Se apenas uma lista for apresentada ou o número de candidatos do conjunto de listas não ultrapassar o número de vagas, os integrantes das listas serão considerados eleitos, ou seja, não há eleições. Esta prática é bastante comum e leva parte dos segurados a desconhecer a existência de eleições – apenas 40% destes sabem que são realizadas (Deutscher Bundestag, 1990b; Braun, 1992). Além disso, os eleitores têm pouca informação acerca da posição dos candidatos e votam comumente em listas com algum nome conhecido, dificultando a renovação. Desse modo, embora a estrutura das Caixas seja formalmente democrática, a participação dos segurados é baixa.

Em 1993, por exemplo, para um conjunto de cerca de 1.400 Caixas dos vários ramos do seguro social (doença, previdência e acidentes de trabalho) que deveriam realizar eleições, 27 Caixas o fizeram e, em geral, as maiores. A participação, mesmo baixa, não foi menor que em anos anteriores, pois cerca de 40 % dos eleitores enviaram seu voto.

A divulgação das eleições é julgada como insatisfatória pela própria Central Sindical DGB. Nos últimos anos, a Central Sindical DGB tem buscado divulgar as eleições sociais e estimular a participação por meio de propaganda em rádio e por meio de cartazes. Os resultados, porém, continuaram pouco expressivos, o que tem levado a Central Sindical a repensar as formas de mobilização eleitoral (Am Orde, 1997b).

---

[104] Membros da *Deutscher Gewerkschaftsbund-DGB, Deutsche Angestellten Gewekschaft*-DAG e *Christlicher Gewerkschaftsbund*-CGB.

[105] Além das organizações, segurados e empresários podem apresentar 'listas livres', caso contem com a assinatura de certa proporção do número de segurados. Estas 'listas livres' obtiveram algum sucesso, nos últimos anos, em Caixas pequenas.

Problemas da administração autônoma

O princípio de administração autônoma dos órgão provedores do Seguro Social apresenta alta aceitação, pois nenhum dos principais atores sociais setoriais questiona esta forma de organização. Mesmo assim, diversos problemas são apontados.

Com o crescimento das estruturas burocráticas das Caixas e a profissionalização de sua gerência – cujos cargos foram ocupados por administradores de empresas com experiência no setor privado e/ou por administradores de serviços de saúde – ocorreu um distanciamento da gestão das Caixas, por parte dos trabalhadores, paralelo ao enfraquecimento de seus representantes. Concomitante a isso, a autonomia das Caixas foi sendo restringida, tanto com o objetivo de aumentar a eqüidade na distribuição de benefícios, quanto, mais recentemente, com o intuito de contenção de gastos.

São considerados como principais problemas da administração autônoma: a moderada competência de ação das Caixas, o pouco interesse dos sindicatos pelas Caixas e a baixa legitimação democrática de seus órgãos de administração (Waneck, 1994; Reiners, 1989). Estas deficiências podem ser encadeadas. A relativa falta de poder das Caixas tem produzido desinteresse dos sindicatos, tornando pouco atraente o trabalho nos órgãos de administração, o que contribui, por sua vez, para a baixa competência das Caixas. Nestas condições, as Caixas seriam, de fato, entidades administrativas e não organizações políticas (Reiners, 1989).

O problema principal seria a falta de poder das Caixas. Estas careceriam de poder tanto externa como internamente. Externamente, em relação ao Estado e aos prestadores de serviços – por conta da composição múltipla do sistema que gera rivalidades entre os diferentes tipos de Caixas –, internamente, em decorrência da forma de organização dos órgãos de administração (Reiners, 1989).

As Caixas, ainda que ocupem lugar importante na estrutura de poder setorial, afinal, financiam centenas de bilhões de marcos de ações médico-sanitárias anuais, têm pouca força frente aos prestadores. Elas se gerem, mas não controlam o sistema de atenção médica, cuja gestão seria responsabilidade conjunta de Caixas e prestadores de serviços. Na prática, as Caixas garantem, na forma de contribuições, os meios financeiros necessários, ao passo que as associações de médicos, os hospitais e outros prestadores de serviços são responsáveis pelo tipo e qualidade da atenção médica ofertada.

A competência das Caixas na condução da prestação dos serviços é restrita. Na atenção hospitalar, as Caixas têm pouca possibilidade de intervenção no que se refere à distribuição dos investimentos no setor – a cargo dos governos estaduais – e são obrigadas a contratar todos os hospitais incluídos no plano estadual específico, em cuja elaboração participam de forma subordinada. Na atenção ambulatorial é apontada uma assimetria de poder entre médicos e Caixas que é desfavorável para as últimas.

Embora as Associações de Caixas negociem preços separadamente, estão proibidas de negociar contratos com grupos de médicos; são obrigadas a fazê-lo com as Associações de Médicos das Caixas, as quais, ao mesmo tempo em que garantem a atenção, detêm o monopólio da atenção ambulatorial. No setor ambulatorial, a possibilidade de controle de qualidade dos serviços prestados é também baixa. Uma vez que lhes é vedado a administração de serviços próprios, as Caixas não têm controle da prestação dos serviços. Os médicos detêm total autonomia na decisão do tipo, qualidade e quantidade das ações prestadas (Wanek, 1994).

As Caixas apresentariam também deficiência de poder em relação ao Estado. Esta crítica, formulada de modo mais enfático pelos liberais, é acompanhada de propostas de privatização no sentido da introdução de mecanismos de mercado no sistema. A regulação estatal, porém, é necessária à garantia da solidariedade e uniformidade de direitos ao interior do sistema. Para Reiners (1989), o problema da relação GKV-Estado estaria em que o Estado tem delegado tarefas ao seguro social para resolver seus próprios problemas financeiros; políticas de contenção têm limitado a autonomia das Caixas, obrigando-as a introduzirem restrições.

A administração autônoma também não é garantia de administração participativa ou democrática. Mesmo que, em seu conjunto, grande número de representantes faça parte dos órgãos de co-gestão,[106] é restrita a possibilidade de influência dos segurados na política das Caixas. A própria composição paritária dos órgãos de gestão impediria uma representatividade adequada da comunidade de segurados.

Setores de representantes de trabalhadores questionam a composição paritária. Em decorrência das dificuldades de acordo, boa parte dos trabalhadores com assento nos órgãos de representação defendem que a composição deveria ser alterada. Argumentam que os empregadores estão sobre-representados e que seus interesses são totalmente diversos daqueles dos segurados, pois não integram a comunidade de segurados (Braun, 1992). Todavia, a participação de empregadores nos órgãos de gestão seria a maneira de estes assumirem responsabilidades e de se interessarem por questões mais práticas na área social. Seria consoante com uma 'economia social de mercado', referência dos conservadores ao modelo alemão (Seffen, 1973). A composição paritária expressaria, de forma clara, aquele compromisso entre classes que teria caracterizado a constituição dos modernos *welfare states*.

Em épocas de expansão, tais parcerias sociais tenderam a dar melhores resultados. Pela participação conjunta neste tipo de fórum – concomitante à participação em fóruns diretamente relacionados a conflitos capital-trabalho –, trabalhadores e empregadores debateram temas da área social e consensos foram produzidos. Em tempos de restrições aflora a oposição de interesses. Suas contradições ficam evidentes, tornando precária a interlocução entre os 'parceiros sociais' e emperrando a tomada de decisões (Am Orde, 1997b).

---

[106] Cerca de 15 mil em 1989 (Braun, 1989).

A medida da autonomia da 'administração autônoma' é questão em reiterada discussão. A defesa de maior autonomia tem diferentes conteúdos. Para as Caixas, visa à expansão de sua influência no próprio sistema de atenção à saúde, possibilitando maior controle dos prestadores e maior liberdade para o estabelecimento de contratos – mais favoráveis às Caixas e, supostamente, para os segurados –; para os liberais, expressa desregulamentação e introdução de mecanismos de mercado.

Na reforma de 1996-1997, a coalizão liberal-conservadora incorporou a reivindicação das Caixas por maior autonomia em seu discurso. Contudo, sob o mote 'precedência para a administração autônoma', regras unificadas de controle dos prestadores foram abolidas e restrições à autonomia das Caixas, no que diz respeito à definição das taxas de contribuição, introduzidas. O governo social-democrata/verde, após 1998, de modo distinto, encaminhou medidas para o reforço da competência das Caixas em sua relação com os prestadores.

3 Sistema de Atenção à Saúde

O sistema de atenção à saúde na Alemanha caracteriza-se por completa separação entre o financiamento e a prestação. Enquanto o financiamento é predominantemente público, realizado por meio de contribuição e afiliação compulsórias às provedoras autônomas do Seguro Social de Doença, as *Krankenkassen*, a atenção é ofertada por prestadores governamentais, privados e filantrópicos. É vetada, às Caixas, a prestação direta de serviços de saúde.

No setor hospitalar, a maioria dos prestadores é pública e a oferta no setor ambulatorial é quase exclusivamente privada, prestada em consultórios próprios por médicos credenciados. As *Praxis* – consultórios – são pequenas empresas privadas de caráter lucrativo, cuja prestação de serviços, tida como de interesse público, é regulada pelo Estado. O *mix* público-privado no setor ambulatorial caracteriza-se por financiamento público, prestação privada dos serviços e regulação desta pelo Estado. No setor hospitalar, a regulação estatal exerce-se sobre a prestação pública, municipal e estadual, e privada; o financiamento das prestações é encargo do GKV.[107]

Os consultórios médicos credenciados gerais ou especialistas são a porta de entrada do sistema. A atenção hospitalar é condicionada ao encaminhamento pelo médico de consultório. Há estrita separação entre os setores ambulatorial e hospitalar. Os hospitais não prestam atenção ambulatorial nem especializada, tratando pacientes somente em regime de internação. A maioria dos médicos exerce atividade apenas em um dos setores: ou trabalha como assalariado em hospitais ou tem consultório próprio.[108]

107 Mesmo nos hospitais públicos, as prestações são pagas pelas Caixas, seguros privados ou departamentos de Assistência Social dos municípios. Não existe assistência gratuita.

108 Contudo, alguns médicos de consultório acompanham seus pacientes durante as internações e, por vezes, médicos de hospital exercem atividades como especialistas autorizados.

Atenção Ambulatorial

A atenção ambulatorial proporcionada pelo GKV distingue-se pela liberdade de escolha do médico por parte dos segurados, bem como por oferta constituída de modo exclusivo por médicos credenciados e por relações da oferta e demanda reguladas mediante negociações de grupo entre prestadores de serviços e provedoras de seguros sociais (Alber, 1992).

Pelo lado da demanda vige a liberdade de escolha e, pelo lado da oferta, o monopólio da corporação médica, afirmado por contrato de garantia da atenção médica ambulatorial efetuado entre Caixas e Associações de Médicos das Caixas (*Kassenärztliche Vereinigung-Kven*). A condução e regulamentação da atenção é feita, em negociações de grupo, por intermédio: das *Kven*, das Associações das Caixas e das associações conjuntas de médicos e Caixas (órgãos da administração autônoma conjunta).

A liberdade de escolha dos médicos pelos segurados é ampla. A quase totalidade dos médicos em exercício da prática ambulatorial é credenciada pelas Caixas (97%). O segurado pode escolher qualquer médico credenciado, seja clínico geral ou especialista. Para consulta com especialistas, não é obrigatório o encaminhamento pelo clínico geral (*Hausarzt*).[109]

Até 1993 havia restrição à troca de médico em curto espaço de tempo. Novo médico poderia ser escolhido apenas a cada três meses. A visita a outro profissional nesse período estava condicionada a encaminhamento do médico inicialmente procurado. Utilizavam-se autorizações para atendimento médico.

Com a implantação do cartão magnético do segurado, em 1994, esta barreira foi abolida. Desse modo, a introdução do cartão do segurado produziu aceleração da tendência, previamente evidenciada, de utilização primária da atenção prestada por médicos especialistas, bem como redução drástica do número de encaminhamentos (DGB, 1996d). Mesmo assim, a maioria dos segurados tem clínico geral (*Hausarzt*), que é o mais procurado nos casos de doenças crônicas (Alber, 1992). Atualmente estão previstos incentivos aos segurados para a procura primária do *Hausarzt*.

Os médicos credenciados são profissionais autônomos em exercício da 'prática liberal' da medicina e prestam serviços em consultórios próprios. Os consultórios médicos apresentam características de pequenas empresas. A imagem do médico com seu estetoscópio e esfigmomanômetro desapareceu há muito. Grande parte dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos é efetuada no consultório, requerendo-se para tal pessoal mais qualificada.[110]

---

[109] Os clínicos gerais são denominados *Hausarzt*, cuja tradução literal seria 'médico do lar'.
[110] Os consultórios hoje ocupam por volta de quatro a cinco auxiliares, em geral, mulheres.

O crescimento do pessoal empregado por consultório nos últimos anos está ligado à ampliação da capacidade técnica dos consultórios e do grau de especialização dos médicos.[111] Consultórios melhor equipados têm, em contrapartida, aumento da participação dos custos (de investimento e operacionais) no seu faturamento. Desde o início dos anos 70, a participação dos custos no faturamento dos consultórios médicos cresceu de forma constante, atingindo, em média, 59,2% em 1994 (Gerlinger 1994; Alber, 1992; KBV, 1996).

O acesso a ações prestadas por outros profissionais de saúde e setores da atenção, com exceção da atenção odontológica e psicoterápica, está subordinado a prescrições médicas. A utilização primária de iniciativa de um segurado desencadeia uma série de ações e gastos subseqüentes ordenados pelos médicos credenciados. Eles prescrevem medicamentos, outros métodos terapêuticos e meios de ajuda, autorizam benefício-doença e tomam a decisão acerca da necessidade de internação, realizando encaminhamento de grande parte das internações hospitalares.

A ação dos médicos credenciados exerce forte influência sobre o desenvolvimento dos gastos totais em saúde. Estima-se que cerca de 70% dos gastos do GKV, incluídos os gastos do setor ambulatorial, são desencadeados pelos médicos credenciados (SVR, 1994), o que caracteriza a demanda por serviços de saúde como basicamente secundária ou induzida,[112] isto é, não definida pelo paciente/consumidor. Grande parte da prestação em saúde não decorre, portanto, de demanda primária, mas é solicitada pelos próprios prestadores.

Associações não lucrativas de direito público, geridas autonomamente pelos médicos – as Associações de Médicos das Caixas – agrupam os médicos credenciados por regiões e em nível federal. Essas organizações de afiliação compulsória têm a função de representar os médicos junto às Caixas, negociar a remuneração, receber os honorários e distribui-los a cada médico, conforme a participação no conjunto de serviços prestados.

As Associações de Médicos das Caixas são mandatárias, por lei, da incumbência de garantia da atenção médica ambulatorial. Um contrato exclusivo de garantia da atenção é estabelecido entre as Caixas e as Associações de Médicos das Caixas - *Kven* (SGB,1993), por meio do qual essas associações tornam-se detentoras de monopólio da prestação ambulatorial. É vedada a prestação de serviços médicos diretamente pelas Caixas e restrita a possibilidade de prestação de ações ambulatoriais pelos hospitais.

[111] O alto valor dos custos de instalação de consultório – em média, 300 mil marcos (1993) – sinaliza bem a ampliação da capacidade técnica por consultório (Gerlinger, 1994).

[112] O termo 'demanda induzida pelo prestador' foi cunhado por Evans (1974 apud Almeida, 1995). A "idéia central é que os médicos ajustam a demanda de serviços às suas necessidades de rendimento, pressupondo inclusive a indução de utilização de mais serviços adicionais" (Almeida, 1995:60).

Por suas funções públicas, as Associações de Médicos das Caixas ocupam posição-chave na atenção à saúde da Alemanha. São as únicas responsáveis pela atenção ambulatorial e coordenam as atividades dos outros prestadores de serviços, exercendo forte influência sobre a divisão de trabalho entre as diversas áreas de assistência à saúde (Backer et al., 1989).

Oferta e produção de serviços

Em 1996, havia na Alemanha 343.556 médicos, dos quais 279.335 em exercício da atividade profissional. Entre os médicos em exercício da clínica, 40% (112.660) atuavam no setor ambulatorial e 48% (135.341) trabalhavam em hospitais. A distribuição de médicos entre os setores ambulatorial e hospitalar alterou-se nas últimas décadas. Com o aumento da tecnicidade da atividade médica, desde 1975, passou a atuar maior proporção de médicos no setor hospitalar em comparação ao setor ambulatorial (KBV, 1996).

Na prestação de assistência no setor ambulatorial observaram-se nas últimas décadas, tendências: à especialização progressiva; à expansão da oferta, pois o número de médicos credenciados cresceu mais rápido que a quantidade de segurados; ao crescimento do volume de ações produzidas (impulsionadas pelo modelo de remuneração); à elevação dos gastos ambulatoriais *per capita*, paralela à estabilidade de sua participação no conjunto dos gastos do GKV.

Médicos por habitante

A relação de médicos por habitante na Alemanha, cotejando-se com outros países, é das mais altas. Em 1995, o número de médicos em exercício profissional por mil habitantes era de 3,36.[113] Todavia, a relação de médicos credenciados por habitantes não é alta. Somente médicos de consultório têm *status* de credenciados e, como menos da metade dos médicos exerce atividade em nível ambulatorial, esta proporção é menor.

Embora tenha aumentado progressivamente, a relação médicos credenciados por habitante na Alemanha situa-se entre as menos elevadas, em comparação com outros países em que vigem sistemas de credenciamento, exceto a Grã-Bretanha. Como mostra a tabela a seguir, na Alemanha Ocidental havia 1,34 médicos credenciado por mil habitantes em 1994, enquanto estas taxas eram mais elevadas na França (1,95), na Áustria (1,87) e na Bélgica (1,51). Na Grã-Bretanha, a disponibilidade de médicos credenciados por habitantes é das menores: representa a metade da Alemanha e menos de um terço da observada na França.

113 Se forem levados em conta todos os médicos registrados, a relação sobe para 4,09 médicos por mil habitantes.

Tabela 7 – Médicos e médicos credenciados por mil habitantes. Países selecionados – 1994

	Médicos credenciados/1.000 hab.				Médicos/1.000 hab.
País	1980	1985	1990	1994	1994
Alemanha Ocidental	0,97	1,10	1,19	1,34	3,36
Alemanha Oriental	1,07	1,16	1,06	1,22	2,88
Áustria	-	-	1,45	1,87	3,38
Bélgica	1,11	1,41	1,46	1.51	3,74
França	1,41	1,64	1,90	1,95	2,81
Grã-Bretanha	0,50	0,56	0,59	0,61	1,50
Suíça	1,17	1,42	1,55	1,69	*3,40

Fonte: BMG, 1997; Schneider et al., 1997. *1991.

Médicos por especialidade

O nível de especialização dos médicos credenciados vem aumentando de modo gradativo. Em 1970, mais da metade dos médicos (55%) era de clínicos gerais; já em 1990, esta proporção baixou para 42%. O mesmo ocorre para pediatras, ginecologistas e internistas (contabilizados como especialistas, embora exerçam funções similares às de clínicos gerais), o que corrobora a tese da gradual especialização da atenção ambulatorial.

A progressiva redução da proporção de clínicos gerais sugere a perda de atrativo econômico destas atividades. A rigidez da tabela de honorários médicos foi fator de estímulo à especialização. Em virtude de dificuldades de negociação entre médicos e Caixas, o processo de reajuste de preços da tabela é moroso. As necessárias reduções periódicas de preços de serviços médicos técnicos em razão de amortização dos investimentos[114] e os forçosos reajustes das ações médicas clínicas diretas correspondentes à elevação dos preços do trabalho, assim como a compatibilização dos valores das diversas ações entre si, não ocorrem na periodicidade necessária. Desse modo, ações que empregam equipamentos tornam-se sobrevalorizadas, passando a ser fator de estímulo à prestação de serviços médicos especializados e à incorporação de tecnologias para diagnóstico e terapêutica (Behaghel, 1994).

Como resultado desse processo, a longo prazo, as especialidades médicas na base da escala de rendimentos são aquelas cujas atividades estão constituídas especialmente por ações médicas pessoais, ou seja, exame físico e aconselhamento.

[114] As importantes reduções nos preços de métodos diagnósticos por imagem, como ultra-sonografia e tomografia computadorizada, exemplificam esta situação. Novas ações técnicas são, em geral, incorporadas à tabela de honorários com preços altos, pois a primeira geração de equipamentos é mais cara. Com o passar do tempo, o abatimento do investimento torna a prestação gradualmente menos onerosa.

Quadro 1 – Evolução do número de médicos credenciados e proporção de clínicos gerais, Alemanha Ocidental – 1970-1993. Alemanha – 1995

Ano	Médicos de Consultório	Médicos Credenciados	% Médicos Credenciados	% Clínicos Gerais
Alemanha Ocidental				
1970	48.830	46.302	95	55
1975	52.913	49.928	94	50
1980	59.777	56.138	94	44
1985	67.363	63.694	95	43
1990	75.521	71.711	95	42
1991	77.547	74.063	96	41
1992	80.520	77.276	96	41
1993	88.844	85.769	97	39
Alemanha				
1995	110.949	107.497	97	40

Fonte: SVR, 1994; KBV, 1996. Cálculos próprios.

Ações prestadas e casos tratados

Tanto o volume de ações prestadas como o número de tratamentos ambulatoriais por segurado vêm aumentando gradualmente. As estatísticas oficiais contabilizam as ações ambulatoriais na qualidade de casos. Um caso é o conjunto de contatos de um paciente com mesmo médico durante um trimestre.[115] Como se pode observar na tabela 8, enquanto o número de casos contabilizados por segurado foi de 4,8 em 1985, esta freqüência tinha alcançado 6,9 em 1995, correspondendo a um aumento de 44% no período.

Assim, embora o número de médicos credenciados tenha crescido de maneira expressiva e o número de segurados tenha permanecido constante, a quantidade de casos tratados por médico não diminuiu proporcionalmente, como seria de esperar. Oscilou entre 4.200 e 4.600 casos por médico ao ano, voltando a atingir, em 1995, o nível de 1980.

Parte desse aumento foi induzido pelos próprios médicos que passaram a contabilizar maior número de ações por caso, assim como solicitaram mais encaminhamentos e retornos. Ou seja, o crescimento dos casos contabilizados foi provocado não pela utilização primária, de iniciativa dos segurados (que sofre leve

115 Em outras palavras, um segurado pode consultar diferentes médicos no período, contabilizando-se um caso para cada médico.

declínio), mas em razão do acréscimo de solicitações dos próprios médicos. Estudo realizado para o conjunto das Caixas 'Primárias',[116] para a década de 1980, mostra que o número de casos contabilizados no período elevou-se em 13%, em decorrência de maior quantidade de encaminhamentos e retornos solicitados pelos médicos, enquanto a demanda ambulatorial primária declinou em 1,3% (Klose, 1993).

Como o número de médicos aumentou no período, ocorreu, ao mesmo tempo, a redução do número de casos contabilizados anualmente por médico (-12,2%). O número de pontos – unidades de serviços – contabilizados por médico, todavia, elevou-se em 18%, o que resultou em forte aumento do número de ações prestadas por segurado (50%) e por caso tratado (55%) (Klose, 1993).

Já a partir de 1993 houve intensificação da procura direta do segurado por especialistas em razão da implantação do cartão magnético do segurado.

Tabela 8 – Produção ambulatorial do GKV. Alemanha Ocidental – 1980-1995

Ano	Casos em milhares	Casos/ Segurado	Casos/ Contrib.	Casos/ Médico	$DM/ Caso*
1980	252.069	-	7,1	4.522	57,59
1985	268.347	4,8	7,4	4.256	69,89
1990	320.828	5,8	8,5	4.505	76,01
1995**	400.760	6,9	9,9	4.546	-

* Valor em marcos alemães a preços correntes; **Inclui Berlim Oriental.

Fonte: KBV, 1996. Cálculos próprios.

O aumento gradual do número de casos tratados por habitante/ano na Alemanha segue o padrão de outros países. O número de contatos médicos por habitante/ano tem aumentado de modo gradual entre os países da OECD (1997). Durante os anos de 1990,[117] a tendência ao aumento da concentração de consultas médicas permanece, embora a evolução seja mais lenta do que nos anos de 1980.[118]

Não é fácil avaliar a freqüência de contatos médicos realizados pelos segurados do GKV em comparação com outros países por causa da relação entre a contabilização dos contatos e a forma de remuneração. Ou são contabilizadas as

[116] Denominação utilizada para referência às Caixas criadas por Bismark através da RVO – *Reichsversicherungsordnung*, ou seja, não inclui as Caixas Substitutas.

[117] Em razão da disponibilidade de dados, esta observação concerne à primeira metade dos anos 90.

[118] Entre os 17 países para os quais são apresentados dados para os anos 90, observa-se leve aumento no número de contatos médicos *per capita* em 12 países; nos outros, esta relação se mantém quase estável ou se nota pequena redução na concentração de consultas durante a primeira metade dos anos 90.

unidades de serviço e, então, o número de ações ambulatoriais é muito mais elevado, ou são contabilizados os casos, o que reduz a concentração, mas não expressa o número real de consultas médicas por segurado.

Segundo dados da OECD, o número de contatos médicos *per capita* na Alemanha é alto. Entre os 24 países da OECD,[119] apenas Japão, Itália e Suíça apresentariam freqüência de consultas por habitante aproximadamente tão elevada quanto a Alemanha (tabela 9).

A concentração de consultas na maioria dos países da OECD é, em geral, elevada. Nos anos 90, em mais da metade dos países da OECD, a média de contatos médicos por habitante/ano estava acima de cinco e em vários deles acima de dez consultas/ano. Esta é a situação da Alemanha, contudo, se forem considerados para a Alemanha os casos contabilizados – média de seis casos tratados por segurado/ano – aproxima-se do padrão da maioria dos países da OECD.

Tabela 9 – Contatos médicos *per capita*[120]

País	1975	1980	1985	1990	1994
Japão	14,9	14,4	13,6	15,2	16,3
Itália	7,0	8,0	10,1	*11,0	-
Alemanha Ocidental	10,9	11,5	11,5	*12,9	**12,8
França	4,8	5,4	6,7	-	6,3
Suécia[121]	2,6	2,6	2,7	2,8	3,0
Grã Bretanha	4,5	5,1	5,0	5,8	-
EUA	5,1	4,8	5,2	5,5	6,0

*1988; **1992.

Fonte: OECD, 1993a; Schneider et al., 1994; OECD, 1997; Schneider et al., 1997.

Na Alemanha, a expansão da produção ambulatorial acompanha o crescimento da oferta e está condicionada pelo modo de organização setorial e por incentivos dos mecanismos de regulação, em especial, do sistema de pagamento. Decorre principalmente de utilização secundária demandada pelo médico prestador e menos por iniciativa do próprio paciente. Na análise dos anos de 1980, esta influência, como descrito acima, fica evidente, pois, enquanto a utiliza-

[119] Até 1994 faziam parte da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 24 países.

[120] Estes dados são apenas ilustrativos. Observaram-se diferenças de informação nas diversas fontes consultadas.

[121] Diferenças na cobertura de consultas estão condicionadas pela organização do sistema de atenção. Na Suécia, grande parte da atenção ambulatorial geral é prestada por meio de centros de saúde, e as enfermeiras têm maior competência, realizando consultas de enfermagem de maior resolutividade.

ção primária diminuiu levemente, o volume de ações produzidas por contato primário, em decorrência de iniciativa dos médicos, aumentou em 55%.

O crescimento do volume de ações prestadas por contato primário pode ser explicado por problema de distribuição. O menor número de casos em cada consultório induziria à maior contabilização de ações pelo médico com o intuito de manutenção de sua remuneração, pois esta é determinada pelo volume de ações prestadas. A crescente concorrência levaria ainda a aumento dos investimentos em cada consultório, a fim de prestar serviços mais sofisticados. A multiplicação de ações seria necessária para cobertura destes custos, conseqüência do cálculo econômico empresarial. A progressiva especialização médica também influenciaria a expansão do volume de ações prestadas. Com a especialização, o espectro de serviços prestados se modifica, havendo intensificação dos custos e ampliação do número de pontos contabilizados por caso tratado.

Outros fatores têm provavelmente uma parcela de contribuição para a determinação da expansão do volume de ações.[122] Contudo, esta análise deixa claro que o problema dos gastos crescentes, no caso da atenção ambulatorial, foco das políticas de contenção, não decorreu de abuso dos segurados na utilização dos serviços de saúde, como querem fazer crer políticos conservadores. A constante expansão da produção ambulatorial no período foi influenciada pelos modos de remuneração e de alocação de recursos setoriais, que incentivaram os médicos prestadores a ampliar o volume de ações prestadas por caso tratado e aumentar o número de encaminhamentos e retornos solicitados.

Renda dos médicos

Os médicos credenciados ocupam alto posto na escala de renda do conjunto dos profissionais liberais. Em 1995, a renda média bruta anual dos médicos credenciados – sem o desconto do imposto de renda – foi por volta de 200 mil marcos (cerca de US$ 130 mil) na Região Ocidental.[123] Em relação ao conjunto dos trabalhadores assalariados, a renda dos médicos era, em 1991, cerca de 3,7 vezes maior do que a renda média do trabalho assalariado.[124] Para Alber (1992), a alta renda garantida aos médicos na Alemanha seria decorrente das vantagens estruturais que as Associações de Médicos das Caixas detêm no sistema de regulação do setor ambulatorial.

---

122 Outra explicação possível seria o aumento das exigências da demanda. O velho aforismo 'a oferta condiciona a demanda' não se traduziu imediatamente em aumento da utilização primária, que não aconteceu, mas poderia ter resultado em demanda por ações de maior valor em cada contato, por sua vez estimulada pela propaganda (em sentido lato, de todo o complexo médico industrial) de oferta mais sofisticada (Klose, 1993).

123 Relativa a faturamento médio de 370 mil marcos por consultório (em torno de US$ 218 mil), 80% deste correspondente à prestação de serviços às Caixas.

124 Observa-se uma redução relativa da renda dos médicos desde os anos 70. Em 1967, a renda dos médicos era de 6,7 vezes a do trabalho assalariado.

Ainda que continuem em posição vantajosa em relação a outros trabalhadores, o nível de renda dos médicos tem declinado. Com o aumento progressivo do número de médicos credenciados, observa-se leve redução da renda média dos médicos individualmente, em especial, desde o início dos anos 80.[125]

Diversos autores apontam como principal resultado das medidas de contenção sobre a corporação médica, a longo prazo, esta redução na renda dos médicos, por conta de efeitos incrementais cumulativos, decorrentes das pequenas alterações proporcionadas pelas diversas leis (Behaghel, 1994; Döhler & Manow-Borgwardt, 1992). Contudo, é difícil identificar tais alterações como relacionadas a uma intenção direta do legislador, pois a renda média individual dos médicos diminuiu também por conta do forte crescimento do número de médicos credenciados.

Mecanismos de regulação

A regulação da atenção ambulatorial processa-se de modo principal por intermédio de negociações entre os atores setoriais. A atenção ambulatorial é o setor da atenção em que os arranjos corporativos característicos do sistema alemão, por meio dos quais o Estado delega a regulação de determinado setor da sociedade aos atores imediatamente envolvidos, são mais difundidos. As Associações de Médicos das Caixas (*Kven*), como forma de agregação dos prestadores de ações ambulatoriais, exercem o papel principal. Negociam o volume e a remuneração dos serviços a serem prestados com as Caixas provedoras do seguro social, garantem que seus afiliados – os médicos credenciados – prestarão os serviços conforme legislado e contratado, além de repartirem o total dos honorários, que lhes são pagos pelas Caixas, entre os médicos credenciados de acordo com os serviços prestados.

As Associações de Médicos das Caixas funcionam como monopólio na prestação da atenção ambulatorial[126] e monopólio de representação dos médicos credenciados, garantindo-lhes posição dominante na distribuição de poder ao interior do sistema de saúde. Esta posição de força se expressa tanto frente aos pacientes como ante às Caixas. Possibilita-lhes definir preço, quantidade e qualidade dos serviços prestados sem controles importantes e efetivos de outras instâncias (Wanek, 1994).

---

125 Entre 1976 e 1987, ocorreu redução do nível real da renda média dos médicos, entre 4% e 9%, conforme o índice de deflação empregado.

126 As Associações de Médicos das Caixas foram criadas em 1931, mas o monopólio dos médicos de consultório na atenção ambulatorial tem origem na Alemanha nazista. Em 1933, logo nas primeiras semanas da ditadura nacional-socialista, a administração das Caixas foi expurgada de 'judeus e pessoas de ideologia diferente da nazista' (*Andersdenkenden*), e os lugares livres, ocupados por membros do partido nazista. Os serviços ambulatoriais próprios das Caixas, criados durante as greves médicas de 1923-24, foram imediatamente fechados. Em 1935, cerca de um terço dos médicos não judeus era filiado à Associação Nazista de Médicos.

É vedado às Caixas prestarem serviços assistenciais e negociarem contratos com grupos de médicos. Este monopólio possibilita, aos médicos, alta capacidade de implementar seus interesses, em particular hoje, com a dispersão das Caixas em competição entre si por mais segurados (Stegmüller, 1996a).

Esta forma regulada de organização dos médicos credenciados, por sua vez, tem como vantagem a produção de forte coesão e capacidade de implementação dos acordos realizados entre a direção das associações de médicos e de Caixas, ao garantir compulsoriamente a adesão dos médicos e ao responsabilizar as *Kven* pela administração financeira setorial. As Associações de Médicos das Caixas têm forte ascensão sobre seus associados, o que facilita a negociação das Caixas com os médicos e garante a continuidade da atenção.

Se esta forma de organização, por um lado, pode ser caracterizada, de certo modo, como 'monopólio dos prestadores',[127] por outro lado, dada a concorrência entre as Caixas, pode vir a significar garantia de atenção mais uniforme ao conjunto dos segurados.

A posição dos médicos nas últimas décadas ter-se-ia enfraquecido. Ocorreu diminuição de renda e hierarquização ao interior da corporação, havendo maiores conflitos pela repartição dos honorários em virtude do controle dos gastos setoriais paralelamente ao aumento do número de médicos. Para Behaghel (1994), as mudanças da legislação nos últimos anos produziram dois efeitos principais sobre a corporação de médicos credenciados: o grau de liberdade de ação das *Kven* frente às Caixas foi gradualmente reduzido e foram alterados o espaço de ação e a estrutura dos estímulos a cada médico. O espaço de ação do médico individual não foi alterado diretamente pela legislação. Sua redução é decorrência de novos mecanismo de regulação sobre as *Kven*, que passaram a controlar mais fortemente as atividades de cada um dos médicos em razão da ameaça latente de coerção.

Credenciamento

Um dos mecanismos de regulação da atenção ambulatorial expressa-se no processo de credenciamento. Efetua-se o credenciamento dos médicos através de sua filiação às Associações de Médicos das Caixas (*Kassenärztliche Vereinigung – Kven*). Entre cada médico e as Caixas não há, portanto, contrato ou credenciamento individual. Essa relação é mediada pelas Associações de Médicos das Caixas.

A solicitação de credenciamento é feita pelo médico interessado à Associação de Médicos das Caixas da respectiva região e julgada por uma comissão de admissão constituída paritariamente por representantes das Caixas e da Associação. Além do credenciamento, outra possibilidade para participação na atenção

[127] Note-se ser esta forma de organização da prestação ambulatorial fortemente regulada, muito distinta de monopólios econômicos em outros setores.

ambulatorial das Caixas é a autorização. Médicos especialistas que trabalham em hospitais são autorizados a exercer atividades ambulatoriais para o GKV. Esta forma de participação é pouco freqüente e é utilizada apenas para cobrir a falta de especialistas em determinada região.

Durante muito tempo, a possibilidade de credenciamento foi irrestrita. Os médicos eram credenciados quase que automaticamente depois de completarem a formação.[128] A falta de critério na admissão de médicos levou à ampliação pouco criteriosa da oferta e a sérias distorções quanto a sua distribuição espacial. Desde meados dos anos 70, foram implementados procedimentos de condução da admissão de médicos, oscilando-se na intensidade dos controles estabelecidos.

Em 1976, as Associações de Médicos das Caixas (*Kven*) passaram a ser obrigadas a negociar planos estaduais de necessidade com as Caixas e criar estímulos ao estabelecimento de médicos em regiões desassistidas, a fim de combater deficiências na assistência das populações rurais e periféricas. A partir de 1980, implementaram-se mecanismos regionais de controle do número de credenciamentos. Em 1986, após rápido crescimento do número de médicos credenciados, nova legislação admitiu a interdição do credenciamento para certos grupos de médicos em regiões com 'sobreassistência'.

Essas regras possibilitaram alguma condução do credenciamento, mas não impediram a expansão da oferta. Legislação mais restrita passou a vigorar em meados de 1993, com a Lei de Estrutura da Saúde – GSG. A definição de excesso da oferta de médicos credenciados tornou-se mais estreita, ponderada em 10% da densidade média nacional de médicos por habitante, estabelecendo-se este como o limite máximo para credenciamentos, para cada região e especialidade. Com a nova legislação, as comissões regionais de admissão passaram a ser obrigadas por lei a interromper as admissões no caso de oferta excessiva de médicos na especialidade em questão.[129]

Sistema de remuneração e pagamento

O valor e o preço das ações médicas são definidos mediante negociações de grupo entre as Associações de Caixas e as Associações de Médicos das Caixas em três níveis. A estrutura de preços é definida em nível federal, a partir de tabela nacional de valoração relativa das ações médicas, elaborada por Comissão conjun-

128 Nos anos 60, os médicos passaram a ter garantia de credenciamento na região e especialidade de sua preferência – via associação às *Kven* – se o desejassem (Wanek, 1994).

129 Esta nova legislação, porém, condicionou uma onda de credenciamentos em 1993. A GSG restringiu o número de credenciamentos futuros, mas deixou lacuna de meses para a entrada em vigor da restrição, o que produziu um *boom* de credenciamentos. O número de médicos credenciados elevou-se em cerca de 10% naquele ano, taxa igual à do conjunto dos quatro anos anteriores.

ta composta pelas Associações Nacionais de Caixas e pela Federação Nacional de Médicos das Caixas (*Kassenärztliche Bundesvereinigung - KBV*). A remuneração global para a atenção ambulatorial é negociada com cada uma das Associações de Médicos das Caixas, em sua maioria de circunscrição estadual, com as Caixas. A distribuição dos honorários entre os médicos credenciados é efetuada segundo norma de distribuição, conforme o tipo e a quantidade dos serviços prestados pelas associações médicas regionais.

• Valoração dos honorários

Tabela federal única define o valor relativo das ações ambulatoriais: norma única de valoração *Einheitliche Bewertungsmassstab - EBM*. Nesta tabela são listadas mais de sete mil diferentes ações médicas e laboratoriais – correspondentes a unidades de serviço – agrupadas em ações básicas e por especialidades, cujo valor é determinado em números de pontos (KBV, 1994).[130]

Por intermédio da norma única de valoração, discriminam-se as ações passíveis de remuneração, bem como a estrutura de preços. A cada ação é adscrito um valor em número de pontos, o qual decorre da comparação das ações entre si. Os pontos correspondem à relação de valor entre as ações. A norma inclui ainda regras para contabilização de diferentes ações para o mesmo caso, isto é, a compatibilidade ou não de diferentes ações para sua remuneração.

A tabela é acordada em nível nacional e faz parte do contrato 'guarda-chuva' estabelecido para garantia da atenção ambulatorial. É formulada por uma comissão de valoração composta paritariamente pelas Associações Nacionais de Caixas e pela Federação Nacional de Médicos das Caixas (KBV).

• Preços

Os preços são acordados em nível estadual. Em geral, Caixas e *Kven* negociam anualmente o volume da remuneração total para o setor ambulatorial em cada estado. A remuneração global pode ser calculada, segundo a lei, com base em taxas fixas, unidades de serviços, taxas por caso ou *per capita* (SGB, 1993). O montante de recursos alocados pelas Caixas ao setor ambulatorial em cada estado é distribuído entre o conjunto dos médicos credenciados conforme o volume de ações que cada um presta.

A negociação em nível estadual ocorre, em geral, entre a Associação de Médicos das Caixas e cada uma das Associações de Caixas em separado. Desse modo, a mesma ação prestada para segurados de diferentes Caixas pode ter preço distinto. A evolução do valor monetário de cada ponto tem sido influenciada pela

---

[130] A norma única de valoração foi criada em 1977 com a primeira lei de contenção de gastos do GKV. Anteriormente havia uma tabela de ações e preços para cada tipo de Caixa em separado. Nos dias de hoje, essa norma é composta pela BMA-*Bewertungsmassstab Ärzte* para o conjunto das Caixas, e pela E-GO-*Ersatzkassengebührordnung*, válida para as Caixas Substitutas.

competição existente entre Caixas Substitutas e Locais. As Associações de Médicos habitualmente procuravam negociar, em primeiro lugar, com as Caixas Substitutas, as quais, por usufruírem melhores condições financeiras, na expectativa de melhor atendimento para seus segurados, apresentavam maior disposição a concessões, para então utilizar estes resultados como norma das negociações subseqüentes. As Caixas Locais viam-se obrigadas a seguir os contratos das Substitutas, tentando assim não perder sua atratividade para os segurados que desfrutavam da liberdade de escolha da Caixa (segurados voluntários e empregados).[131]

Como os preços são usualmente negociados em nível estadual, observam-se expressivas diferenças regionais. Historicamente, estas têm relação com as distintas estruturas financeiras e de riscos dos segurados de cada Caixa, assim como com diferenças econômicas regionais, uma vez que as receitas de contribuição são dependentes da economia da região (Brenner, 1990).

A negociação prévia de volume global de gastos ambulatoriais faz com que os preços finais sejam definidos apenas após a sua prestação. Ou seja, o valor monetário de cada ponto dependerá da quantidade de ações prestadas pelo conjunto dos médicos daquele estado no período.

Os orçamentos acordados são repassados às associações regionais de médicos credenciados. Assim como estas são responsáveis pela garantia da atenção ambulatorial, o são também pela distribuição dos recursos entre os médicos de acordo com o volume de ações prestadas. A distribuição dos honorários é efetuada pelas Associações de Médicos das Caixas, segundo norma de distribuição – dada pelo sistema de pagamento –, que deve considerar o tipo e o volume de ações prestadas pelo médico. A partir de julho de 1997, como se verá adiante, a norma de distribuição estipula teto máximo de pontos que podem ser remunerados, em média, para cada caso tratado por um médico.

• Sistema de pagamento

O sistema de remuneração das ações ambulatoriais encontra-se em processo de reformulação, tendo passado por importantes modificações em curto espaço de tempo. Até 1995, o sistema de remuneração era calcado, de modo exclusivo, em uma infinidade de unidades de serviço.[132] A cada unidade de serviço era atribuído um valor em número de pontos e cada médico recebia o correspondente ao volume das unidades contabilizadas.

---

[131] As Caixas Substitutas negociavam preços 15% a 20% mais elevados, pressionando os preços para cima. Este tipo de concorrência entre as Caixas produziu inflação nos preços e não sua redução, como preconizam os defensores de maiores estímulos à competição.

[132] Originalmente, o sistema de remuneração do setor ambulatorial era baseado em modelo de capitação. Durante os anos 60, período de crescimento econômico e de estabilidade da situação financeira das Caixas, os médicos realizaram seu antigo interesse de serem remunerados por unidades de serviço.

Nesse sistema, uma consulta médica é constituída por uma série de subações, como por exemplo: exame completo de sistema orgânico, aconselhamento, esclarecimento das medidas terapêuticas, receita etc. Para cada uma dessas ações ou subações é atribuído um valor fixo em número de pontos. O cálculo dos honorários que um médico receberá pelo trabalho realizado consiste na soma do volume total de pontos correspondentes às ações produzidas, multiplicado então pelo valor monetário de cada ponto, negociado regionalmente pelas associações de médicos credenciados com as Caixas.

Nesta modalidade de pagamento por unidades de serviço, os médicos dispõem da possibilidade de elevar seus ganhos por meio da maximização da contabilização de ações (Deppe, 1987). De fato, o sistema de remuneração por unidades de serviço, criado em 1965, gerou forte expansão dos gastos no setor ambulatorial e, em particular, da renda de cada médico até a introdução de políticas de contenção na segunda metade dos anos 70 (Wanek, 1994). Desde 1977, por meio de negociação ou de definição legal de tetos orçamentários para o setor, acoplando-se a evolução dos gastos ao crescimento da renda dos segurados, o valor monetário de cada ponto passou a depender do maior ou menor volume de ações prestadas pelo conjunto dos médicos. Isto é, o aumento do volume de serviços prestados leva à redução do valor de cada ponto.

O sistema de remuneração com base em unidades de serviço foi alterado na segunda metade dos anos de 1990. A valoração das ações segundo determinado número de pontos foi mantida, tendo-se introduzido, em 1996, o pagamento de complexos de ações e, a partir de julho de 1997, orçamentos por consultórios diferenciados conforme a especialidade, definidos com base no número de pacientes tratados em cada trimestre, bem como pela delimitação de volume máximo de ações *per capita*.

Complexos de ações

No início de 1996, o sistema de pagamento foi reformulado, passando a vigorar um sistema que prevê a inclusão de pagamentos para determinados complexos de ações, associados à continuidade de unidades de serviços para as outras ações. O objetivo da reforma seria reduzir os estímulos à multiplicação de ações, condicionados pelo sistema de remuneração. Ao mesmo tempo, tinha-se por objetivo a alteração do desequilíbrio existente entre a remuneração de ações com maior dispêndio de tempo – anamnese, exame físico e orientação – e de ações com emprego de tecnologia, a fim de alcançar balanço mais favorável às primeiras (Metzinger & Woggon, 1997).

Nas últimas reformas da EBM têm sido criados incentivos financeiros à realização de procedimentos clínicos. A tendência das reformulações anteriores do sistema de remuneração ambulatorial consistira em negociação de preços mais

elevados para utilização de novas tecnologias e exames diagnósticos, enquanto as ações que demandavam maior utilização de tempo e contato direto com o paciente (exames clínicos e aconselhamento) tiveram seus preços relativamente diminuídos (Powell, *apud* Guia, 1996).

Isso provocou defasagem dos valores correspondentes aos procedimentos clínicos, o que se tentou contrabalançar nas duas últimas reformas da EBM, quando os valores em número de pontos destas ações foram aumentados e os novos complexos de ações clínicas tiveram valoração relativa mais alta do que o conjunto das unidades de serviço que os compõem.

Expressiva parte das ações passou a ser remunerada pelo novo sistema. Ações típicas de cada especialidade foram agrupadas em complexos de ações específicos para cada especialidade (*Ordinationsgebühr*), que podiam ser contabilizados apenas uma vez por trimestre para cada caso tratado. O complexo de ações podia ser contabilizado à medida que uma das ações integrantes do complexo fosse prestada e independente de quais e em que quantidade as ações do complexo fossem prestadas ao mesmo paciente em cada trimestre.

Além disso, para cada novo contato médico-paciente, uma taxa básica de consulta era paga. As ações consideradas não delegáveis nem racionalizáveis, como, por exemplo, uma visita domiciliar, assim como ações mais custosas, em especial, as com alto emprego de equipamentos, continuaram a ser pagas por unidades de serviço. Para a valoração de cada um dos complexos de ações foi tomado em conta tanto o dispêndio de tempo como a utilização de equipamentos (Gerlinger, 1997).

A concordância com esta reforma do sistema de pagamento significou importante mudança na posição da Associação Federal de Médicos das Caixas (KBV) em relação à tradicional defesa do sistema de pagamento por unidades de serviço. O resultado imediato, porém, ao contrário da pretendida contenção da quantidade das ações, foi uma explosão no volume de ações contabilizadas. Nos primeiros meses de 1996, o volume das ações prestadas cresceu em média 30% a 40%.

Para muitos médicos, o complexo de ações passou a ser considerado como remuneração básica de cada caso. Além dos complexos de ações (*Ordinationsgebühr*), ações relativas a aconselhamento e exame físico também aumentaram consideravelmente, em particular as contabilizadas por profissionais das especialidades gerais. Pediatras e clínicos gerais foram os que mais ampliaram a contabilização do número de pontos (Gerlinger, 1997; Balast, 1996).

Devido à concomitância de tetos orçamentários fixos para o setor ambulatorial, o aumento do volume de ações contabilizadas levou, mais uma vez, à redução drástica do valor monetário remunerado por ponto prestado. Médicos que não participaram do afã contabilista, ou especialidades cujos custos fixos são altos sofreram diminuição em seus proventos. A disputa alocativa ao interior da corporação médica – em particular, entre clínicos gerais e especialistas – intensificou-se.

Praxisbudgets

Em julho de 1997, entrou em vigor novo mecanismo para a remuneração dos médicos credenciados. Orçamentos por consultório (*Praxisbudget*) passaram a ser definidos a partir do cálculo de teto máximo de pontos contabilizáveis em média por caso tratado por especialidade.[133] O novo sistema de remuneração leva em conta os custos diferenciados por especialidade, o volume de casos atendidos por médico, qualificações especiais de cada médico e diferenças regionais.[134]

Na discussão da nova forma de remuneração, reiterou-se o objetivo de interromper a expansão do volume de ações prestadas. Pretendia-se a redução do volume total de pontos contabilizados, o que elevaria, em conseqüência, o valor monetário de cada ponto. Do ponto de vista dos médicos, visou a alcançar a estabilidade do valor monetário dos pontos correspondentes às unidades de serviço, que estavam em queda progressiva desde a introdução de orçamentos fixos para o setor ambulatorial. A estabilização desse valor possibilitaria, a cada um dos médicos, a previsão de suas receitas, pois conheceriam de antemão os preços dos serviços que prestam (Bundesärztekammer & KBV, 1997b).

A formulação do novo sistema pressupõe que as verbas atualmente disponíveis para o setor ambulatorial são suficientes para cobrir as necessidades de atenção e remunerar de modo adequado os serviços prestados, da mesma forma que se supõe aceitável a atual estrutura de custos da atenção ambulatorial.

Três premissas orientam a lógica do novo sistema. Pondera-se que todos os médicos, independente da especialidade, têm direito a rendas similares por trabalho de intensidade comparável. A segunda premissa é a de que quem trabalha mais deve receber mais. Quer dizer, o faturamento de consultório permanece acoplado à quantidade de casos atendidos. E, por último, que a EBM – tabela de valores – deve permanecer como a forma de valoração das ações (Metzinger &Woggon, 1997).

Definiu-se valor médio em número de pontos por caso tratado nas diversas especialidades e em cada região. O orçamento trimestral de cada *Praxis* passou a ser calculado por meio da multiplicação da norma de pontos de cada caso pelo número de casos tratados no período. Este volume de pontos é o limite máximo que será remunerado.[135]

133 Embora a denominação do novo esquema de remuneração seja *Praxisbudget*, o que significa 'orçamento por consultório', no caso de consultórios com mais de um médico, o teto de pontos é calculado para cada um dos médicos. Além disso, são previstos adicionais de até 35% conforme o número de participantes por consultório, como forma de estimular a criação de consultórios coletivos, pois os custos fixos diminuem de modo considerável.

134 O novo esquema foi decidido pela *Bewertungsausschuss* em novembro de 1996 (*Bundesärztekammer* & KBV, 1996: B-2618), e incluído na 2ª Lei de Reordenação da Saúde de junho de 1997.

135 O esquema de cálculo dos orçamentos por consultório e particularidades do *Praxisbudget* são apresentados em Giovanella, 1998.

O orçamento por consultório é, na verdade, o teto máximo em número de pontos que será remunerado em média para o conjunto dos casos tratados. A norma de pontos definida por caso não é limite para cada caso tratado em particular; multiplicada pelo número de casos, esta define um volume global de pontos por consultório. Dentro desse teto, o médico tem liberdade de prestar as ações que julgar mais adequadas; prestar maior quantidade de ações para alguns casos, menor para outros. Caso o número de ações prestadas – leia-se total de pontos – para o conjunto de seus pacientes seja inferior ao teto, o médico recebe menos. Se ultrapassar o teto máximo, não recebe o valor excedente correspondente.

Com o novo sistema, considera-se que os médicos seriam liberados da 'necessidade econômica' à contabilização excessiva de ações e que, ao mesmo tempo, seriam remunerados adequadamente para prestar ações compatíveis às necessidades médicas de seus pacientes.[136]

O mecanismo promove redistribuição de rendas entre as diversas especialidades médicas. O pressuposto embutido na lógica de cálculo do orçamento – o de renda idêntica para os médicos de qualquer especialidade – implica a redistribuição ao interior da corporação, favorecendo os médicos que exercem atividades gerais (*Hausarzt*).[137] Isso não significa, porém, remuneração homogênea para o conjunto dos médicos, pois esta varia conforme o número de casos tratados e permanecem diferenças regionais.[138]

Os orçamentos são calculados regionalmente – regiões correspondentes à abrangência de atuação das Associações de Médicos das Caixas, em geral, estaduais. Em âmbito nacional, define-se apenas a proporção média de participação dos custos no faturamento dos consultórios por especialidade. Se, por um lado, esta definição regional passa a representar de modo adequado sua estrutura de atenção, por outro, cristaliza importantes desigualdades regionais; os médicos de diferentes regiões dispõem de orçamentos expressivamente diferenciados para tratar pacientes com problemas de saúde similares (Balast, 1996).

No processo de discussão em busca de consenso e de aperfeiçoamento do esquema, problemas foram levantados e introduzida uma série de particularidades e exceções (*Bundesärztekammer* & KBV, 1997).

Algumas ações tidas como não passíveis de igual distribuição entre os médicos de cada especialidade ou que só podem ser prestadas por médicos com treinamento específico ao interior da mesma especialidade não foram

136 O novo sistema de honorários exige dos médicos posicionamento diferente: maiores ganhos dependerão de prestação o mais econômica possível de serviços médicos. Na decisão quanto à ação a realizar, o médico terá de levar em conta os custos (Ärzte Zeitungen, 1997).

137 O novo sistema de pagamentos acirrou os conflitos distributivos entre os médicos. Certas especialidades consideraram-se prejudicadas na definição do número de pontos por caso.

138 Estas diferenças pouco têm a ver com o estado de saúde das populações regionais, estando mais relacionadas a diferenças na densidade da oferta e à efetividade dos controles da quantidade das ações prestadas realizados pelas Associações de Médicos das Caixas em cada estado.

incluídas ou o foram parcialmente no teto orçamentário de casos globais por consultório. Para a inclusão das ações no novo esquema, foi criada uma classificação: modelo semáforo.

As ações correspondentes ao orçamento normal fazem parte de uma 'lista verde'. As ações integram o orçamento normal quando constituem ações-padrão da especialidade. A 'lista amarela' é constituída pelas ações que dependem de qualificação adicional, prestadas apenas pelos médicos da especialidade. Orçamentos adicionais específicos para as mesmas são definidos para cada médico. E, finalmente, fazem parte da 'lista vermelha' aquelas que são excluídas do orçamento: ações altamente especializadas e custo-intensivas; ações inovadoras incentivadas (cirurgias ambulatoriais), remuneração básica para clínicos gerais.

O sucesso do esquema depende da inclusão do maior número possível de ações. Reconhece-se que, quanto maior o número de exceções, maior a probabilidade de que o controle da expansão visado não se realize. O volume de ações incluído no novo esquema varia entre as diversas especialidades. Alcança 88% das ações para oftalmologistas e apenas 45% das ações para anestesistas, por exemplo. Mesmo com todas as exceções, estima-se que entre 70% e 80% das ações médicas estão incluídas no novo esquema. O que, na opinião da corporação médica, garantiria o controle da espiral ascendente de expansão do volume de ações prestadas (*Bundesärztekammer* & KBV, 1997: B-691).

Além disso, a contabilização de pontos por caso é diferenciada entre atendimentos de segurados aposentados e de segurados ativos, sendo a dos primeiros expressivamente mais alta em razão da co-morbidade presente em idades mais avançadas. Outra distinção quanto à contabilização do número de pontos é feita ainda conforme o volume de pacientes atendidos por médico no período. Consultórios com baixo número de pacientes têm seu número de pontos aumentado em 10%, ao passo que aqueles com maior número de casos atendidos por médico têm o número de pontos por caso reduzido em 10% a 20%.

O escalonamento do número de pontos de acordo com o volume de pacientes atendidos visa a prevenir possível expansão do número de casos contabilizados, seja por retornos ou encaminhamentos.

Outros riscos do novo modelo são o racionamento, por parte do médico, das ações prestadas por caso tratado, a contabilização privada de ações (pagamento por fora) e maior quantidade de encaminhamentos para internação hospitalar.[139] O esquema estimula o racionamento de ações prestadas a cada caso, porém, é limitada a possibilidade de racionamento. Se o volume de ações prestadas (pontos) for menor do que a média definida por caso, a remuneração também será. Assim, o esquema 'quanto menor o número de ações prestadas a cada paciente, maior o valor remunerado por unidade de serviço', somente é válida dentro destes limites.

---

139 Tal fato produziria transferência de gastos ambulatoriais para o setor hospitalar.

Embora tenham sido previstos mecanismos de controle, é provável que o raciocínio econômico-inflacionista dos médicos tente impor-se, encontrando subterfúgios para a ampliação do número de casos. Os mais cépticos prevêem uma ciranda de encaminhamentos (Metzinger & Woggon, 1997). Não vigorando delimitação do orçamento global para o setor, os gastos ambulatoriais sofreriam nova expansão. Foi acordado que as Associações de Médicos das Caixas ficam obrigadas a adotar medidas adicionais de controle se o número de casos aumentar mais do que 5% em comparação a igual período do ano anterior.

A aceitação do novo sistema de pagamento pela Federação das Associações de Médicos das Caixas (KBV) resultou de negociação e foi acordada com base na expectativa da definição prévia de preços: a definição de valor monetário fixo por ponto. A delimitação do volume de pontos que o novo esquema prevê seria pressuposto essencial ao retorno à negociação de valor monetário fixo por ponto. De fato, com as Leis de Reordenamento – NOG – de 1997, apesar da redefinição do sistema de pagamento, a corporação médica foi vitoriosa. Foram abolidos os tetos máximos orçamentários e a vigorar uma estimativa flexível do volume de gastos totais (*Richtgrösse*), cuja ultrapassagem, além de ser prenegociada, não foi seguida de sanções.

Alocação de recursos para o setor ambulatorial

O orçamento dos gastos ambulatoriais é controlado desde 1977. Tendo por base o orçamento do ano anterior, o atual não deve ultrapassar a taxa de evolução das receitas de contribuição.[140] Com a definição deste teto orçamentário, o valor de cada ponto pago varia conforme a quantidade de ações prestadas pelo conjunto de médicos credenciados. Isto é, dado um orçamento fixo, quanto maior o número de pontos executados (ações) pelo conjunto dos médicos em cada estado, menor será o valor de cada ponto. Este cálculo é realizado a cada três meses para os serviços prestados no período anterior, de modo que o médico, quando presta o serviço, não conhece o preço que será pago pelo mesmo.

As restrições orçamentárias para o setor ambulatorial, paralelas ao crescimento do número de médicos credenciados e à evolução desigual de honorários das diversas especialidades, produziram a intensificação dos conflitos alocativos ao interior das Associações de Médicos das Caixas, em particular entre clínicos gerais e especialistas, corroendo a legitimidade dessas organizações (Schwartz & Busse, 1996).

Como o orçamento é limitado, mas a remuneração é proporcional ao número de ações prestadas, cada médico busca elevar individualmente a sua parcela de participação no orçamento por meio da prestação de maior número de serviços. Embora este comportamento seja racional para cada um dos indivíduos, coletiva-

[140] Este princípio de política de gastos orientada pelas receitas tornou-se oficial em 1977, com a primeira lei de contenção de custos (*Kostendämpfungsgesetz*), a qual marcou o fim da era de livre barganha entre prestadores e Caixas.

mente seria mais racional limitar o número de ações e, desse modo, aumentar o preço individual de cada uma delas (dilema do prisioneiro).

As Associações Estaduais de Médicos Credenciados, como instituições corporativas, tentam proceder como agentes de racionalidade coletiva ao controlar aumentos excessivos da quantidade de ações produzidas por médico em comparação com a média das ações prestadas por médico da mesma especialidade (Schwartz & Busse, 1996).

Desde a metade dos anos 70, diversas medidas para controle de gastos foram implementadas. Três períodos distintos podem ser caracterizados: 1976-1988 – controle de gastos voluntariamente negociado; 1989-1992 – determinação legal de negociação de orçamentos para o controle de gastos; 1993-1995 – definição legal do orçamento (Schwartz & Busse, 1996).

Em 1976, pela primeira vez a Associação Federal de Médicos das Caixas e as Associações das Caixas acordaram percentuais máximos para aumento dos gastos do setor ambulatorial correspondentes à evolução do conjunto dos salários de contribuição (*Grundlohnsumme*). Ou seja, a taxa de aumento anual dos gastos do setor ambulatorial não poderia ultrapassar a das receitas de contribuição, desconsiderando-se elevações das taxas de contribuição.

No período entre 1976 e 1988, negociações voluntárias entre médicos e Caixas com o estabelecimento de acordos anuais possibilitaram controle das taxas de crescimento dos gastos ambulatoriais, tendo estas sido mantidas próximas à evolução das receitas de contribuição (Schwartz & Busse,1996).

A atuação flexível das Associações de Médicos das Caixas, contribuindo para a contenção de gastos no setor, é considerada como tendo por objetivo evitar intervenções mais drásticas do legislativo e garantir sua posição privilegiada na constelação de poder setorial (Lauer-Kirschbaum, 1994). Esta estratégia de atuação teve como resultado uma evolução dos gastos do setor ambulatorial, em geral mais moderada do que em outros setores.

Em 1989, a estratégia de sucesso do passado tornou-se obrigação legal com a Lei da Reforma da Saúde (GRG). As Associações de Médicos das Caixas e as Caixas foram obrigadas a negociar teto máximo para o orçamento do setor ambulatorial, de modo a garantir a estabilização das taxas de contribuição. De fato, o orçamento foi legalmente predeterminado.

O espaço de liberdade deixado foi apenas em relação a algumas ações tidas como inovadoras e a ações preventivas, para as quais foram abertas exceções quanto à possibilidade de aumento. As Associações de Médicos e as Caixas utilizaram tão bem essas lacunas que os orçamentos cresceram mais do que as receitas de contribuição (Schwartz & Busse, 1996).[14] A introdução da negocia-

[14] Em 1989, os gastos ambulatoriais cresceram 4,6%, enquanto o conjunto dos gastos do setor diminuiu 3,3%, diferença de 7,9 pontos em termos percentuais.

ção obrigatória dos orçamentos não teve, portanto, tanto sucesso como o processo anterior de acordos voluntários.

Em 1992, com a Lei da Estrutura de Saúde (GSG) –, os orçamentos estaduais para o setor ambulatorial passaram a ser definidos legalmente por um período de três anos (1993-1995). Sua taxa de crescimento foi fixada, passando a ser a mesma da taxa de aumento do conjunto dos salários de contribuição, e sanções financeiras no caso de sua ultrapassagem foram definidas.

Esta medida produziu desaceleração dos gastos da atenção ambulatorial. Suas taxas de crescimento em 1993 e 1994 foram mais baixas do que nos anos anteriores. O impacto, porém, foi bem menor do que em outros setores. Em 1993, enquanto os gastos do GKV, como um todo, diminuíram, os gastos do setor ambulatorial continuaram a aumentar. Em 1995, os gastos do setor ambulatorial voltaram a subir a taxas similares às anteriores, esvanecendo-se os efeitos das últimas medidas de contenção. Em 1996, evoluíram mais rapidamente do que as receitas de contribuição.

Em 1997, contudo, a legislação da terceira etapa da reforma, em contrapartida à definição de novo sistema de pagamento, extinguiu os tetos orçamentários ambulatoriais e foi reaberta a possibilidade de definição prévia do valor monetário de cada ponto. Os tetos fixos e as sanções correspondentes foram substituídos por volumes orçamentários orientadores. Com a posse da nova coalizão governamental em 1998, a social-democrática/verdes, novos tetos orçamentários foram definidos legalmente.

Mecanismos para controle da eficiência

A remuneração dos médicos com base em unidades de serviço sob a condição de limitação de teto para o volume global de honorários faz com que as Kven procurem controlar a extensão do volume de ações prestadas. Para tanto, foram estabelecidas formas de monitoramento econômico.

Provas de economicidade (*Wirtschaftlichkeitsprüfungen*) são realizadas por comissão constituída por representantes dos médicos e Caixas. Estas comissões examinam se o volume de serviços prestados por um médico situa-se em margem tolerável de desvio da média do conjunto dos médicos para aquela especialidade e, da mesma forma, se o volume de prescrições (medicamentos e outros métodos terapêuticos), encaminhamentos para internação e atestados de dispensa para o trabalho mantêm-se dentro dos limites recomendados anualmente (SGB, 1993).

Desde 1989, a partir da Lei da Reforma da Saúde, são também efetuadas provas mais detalhadas (*Stichproben*) de amostra composta por 2% dos médicos a cada trimestre. Caso o volume de ações prestadas ultrapasse certa proporção da

média, estão previstas sanções. O aconselhamento tem precedência sobre as sanções. Apenas em casos extremos (desvios maiores que 50% da média), os honorários são reduzidos ou restituições são exigidas (Alber, 1992).

Estas provas fiscalizam abusos individuais – desvios da média em relação à quantidade de serviços prestados –, mas não aferem ineficiência no comportamento do conjunto dos médicos. Não existe uma norma de eficiência previamente definida. A norma de comparação nessas provas é a média da prestação de serviços pelo conjunto dos médicos para aquela especialidade. Ao analisar apenas os desvios para mais em relação à média, estas provas são inadequadas para diagnosticar e/ou controlar comportamento pouco parcimonioso coletivo dos médicos de determinada especialidade.

Além disso, estas provas não contribuem para o controle da qualidade das ações prestadas. Um dos problemas da atenção ambulatorial é a insuficiência de mecanismos de controle de qualidade existentes. As Caixas, em geral, têm pouca possibilidade de verificação da qualidade da atenção ambulatorial prestada. Os médicos definem as necessidades dos pacientes e têm quase completa autonomia na decisão de quais ações são adequadas e necessárias para a atenção de cada segurado (Wanek, 1994). O exercício predominante da prática ambulatorial em consultórios individuais não propicia trocas entre pares,[142] mecanismo indireto de melhoria e controle da qualidade da atenção prestada.

Essas provas têm sido realizadas com maior ou menor ênfase nos diversos estados, o que tem produzido disparidades na prestação, evidenciadas pela comparação do número médio de unidades de serviço contabilizadas por caso. Em virtude dessas atividades de controle, as Associações de Médicos das Caixas são vistas, muitas vezes, pelos médicos, não como representantes de seus interesses, mas como órgãos de controle de sua remuneração.[143]

Atenção Hospitalar

Na Alemanha, a atenção hospitalar é de responsabilidade pública da competência estadual. Os estados são responsáveis pelo planejamento hospitalar, cabendo-lhes a definição da necessidade de leitos e os investimentos hospitalares.

[142] Como aquelas praticadas em hospitais: discussão de casos clínicos, formação de grupos de estudo, solicitação de parecer de outro profissional.

[143] Para Alber (1992), a constituição das comissões conjuntas de controle na reforma de 1977 teria levado à perda de legitimidade das Associações de Médicos das Caixas frente a seus associados. Este estranhamento pode ser observado empiricamente pelo número crescente de sociedades médicas em oposição a essas associações.

Em regra, não é possível o acesso direto ao hospital; isto só ocorre nos casos de emergência e para pacientes particulares. Para a admissão hospitalar, faz-se necessário o encaminhamento de médico credenciado, facultando-se ao paciente a escolha do hospital, mas não do médico que o atenderá.[144]

Nos hospitais, os médicos são empregados assalariados e têm autonomia para definir a extensão e qualidade dos serviços prestados. Lugar importante na hierarquia médica é ocupado pelo médico-chefe de uma enfermaria ou clínica. Este é responsável pela atenção de todos os pacientes do setor e depositário de total autonomia na definição dos métodos de tratamento, assim como detém uma série de vantagens financeiras.[145] A escolha dos pacientes das Caixas para tratamento pelo médico-chefe é possível como serviço opcional, desde que efetuem, em contrapartida, pagamento extra.

A quase totalidade dos hospitais existentes na Alemanha é contratada pelo conjunto das Caixas.[146] Até bem pouco tempo, as Caixas eram obrigadas a contratar todos os hospitais incluídos no plano estadual. A partir de 1989, com a entrada em vigor da Lei da Reforma da Saúde, as Caixas têm o direito de rescindir contratos com hospitais segundo determinados critérios, o que significa que podem incentivar a desativação de leitos.

O setor hospitalar é dos mais importantes ramos da economia, com gastos anuais totais de 96 bilhões de marcos (1994).[147] Cerca de um milhão de pessoas estiveram empregadas no setor hospitalar (hospitais, casas de repouso e reabilitação – *Kur*) em 1994. Destas, cerca de 10% eram médicos (Reister, 1996a).

Intensiva em custos e pessoal, a atenção hospitalar é o setor de atenção de participação mais elevada no total de gastos do GKV, sendo responsável, desde 1975, por mais de 30% dos gastos. Dois terços das despesas no setor correspondem a gastos com pessoal, o que segue o padrão internacional. A necessidade de pessoal no setor hospitalar tem aumentado.

A dinâmica da elevação de gastos até a segunda metade dos anos de 1980 dependeu tanto do aumento do número de internações como da ampliação da oferta de leitos e do aumento constante de preços, por conta da intensificação dos cuidados e de intervenções mais complexas, às quais estão relacionados procedimentos diagnósticos e de cuidados de custo mais elevado. Nos anos de

---

[144] É comum que médicos encaminhem os pacientes ao hospital para esclarecimento diagnóstico, pois temem perder o cliente se o referirem a especialistas credenciados, vistos como concorrentes (Alber, 1992).

[145] Os médicos-chefes das enfermarias não são estritamente assalariados; tanto podem contabilizar no hospital de modo privado como exercer atividades em consultório próprio.

[146] Apenas 79 hospitais, correspondendo a 2.793 leitos, não tinham contrato de prestação de serviços com as Caixas em 1994.

[147] Cerca de 60 bilhões de dólares americanos. Nos tempos atuais, estima-se que trabalham no setor hospitalar mais pessoas do que na indústria automobilística (BMG, 1995a).

1980 como um todo, os gastos hospitalares cresceram de modo mais lento, acompanhando o ritmo do crescimento dos gastos do GKV em geral.[148] Durante os anos de 1990, voltaram a crescer.

Ainda que a corporação dos gastos hospitalares com saúde na Alemanha, se comparada com outros países, não seja alta devido à importância de sua participação no conjunto das despesas, estes gastos são responsabilizados pelos déficits financeiros do GLV e estariam na mira das tesouras.[149] Argumenta-se que o setor hospitalar teria sido protegido da política de contenção de custos em decorrência da duplicidade de competências setoriais. O financiamento da prestação é competência das Caixas, enquanto o financiamento de investimentos, planejamento e regulamentação da atenção hospitalar são competência dos estados da federação. Assim, qualquer legislação sobre o setor, para vigorar, deve ser aprovada também pelo Conselho dos Estados (*Bundesrat*), que teria bloqueado medidas restritivas.

Oferta hospitalar e produção de serviços

Em 1994, existiam na Alemanha 2.337 hospitais com 618.200 leitos, representando uma relação de 7,6 leitos por 1.000 habitantes. Naquele ano foram produzidas 14,6 milhões de internações, o correspondente à taxa de internações anual de 18% da população. Os pacientes permaneceram internados, em média, 12,7 dias. A grande maioria dos leitos (92,1%) situa-se em hospitais gerais e os restantes 7,9%, correspondem a instalações hospitalares para tratamento psiquiátrico.[150]

Na Alemanha, além dos hospitais gerais e psiquiátricos, outras instituições atuam em regime de internação com o objetivo de prevenção e/ou reabilitação. Em 1994 havia 1.329 instituições para prevenção e reabilitação em regime de internação (*Kurhaus*), com 173 mil leitos, tendo sido cuidados 1,7 milhões de pacientes, que permaneceram internados 31 dias em média (StBA apud Reister, 1996b).[151]

---

[148] Enquanto os gastos hospitalares cresceram 6,7% em média ao ano na década de 70, esse índice foi de 1,4% entre 1980 e 1990 (OECD, 1995a).

[149] Em cotejo realizado por Jelastopulu e Kaiser (1996) entre 20 países da OECD em 1990, esta proporção era mais baixa do que na Alemanha Ocidental em apenas cinco países. Com proporção de 37%, a Alemanha situava-se, por exemplo, abaixo da Grã-Bretanha (43%) e da Itália (49%), países com sistema de saúde organizado de forma hierárquica com porta de entrada na atenção ambulatorial geral (capitação e *gatekeeper*). Em outro estudo, entre 22 países da OECD, a Alemanha Ocidental ocupava o 18º lugar no ranking decrescente da proporção de gastos com internações (OECD, 1995:26).

[150] O tempo médio de permanência nos hospitais psiquiátricos é de 52,3 dias, período maior do que a permanência nos hospitais gerais, que era de 11,9 dias em 1994.

[151] A descrição e a análise realizadas a seguir considerarão apenas as instituições classificadas como hospitais. Os serviços de internação para prevenção e reabilitação têm apresentado evolução diferente daquela dos hospitais. Encontram-se em expansão, tendo crescido o número de instituições, leitos e internações ainda durante os anos 90. O número de leitos destes serviços aumentou 20% entre 1991 e 1994.

O setor hospitalar na Alemanha tem se caracterizado por utilização crescente e declínio da capacidade instalada de leitos. Na primeira metade da década de 1990, o número de internações e da proporção de pacientes internados no conjunto da população aumentou pouco a pouco, de forma concomitante à redução do número e da relação leitos/habitante em decorrência do processo de desativação de leitos. Observa-se ainda tendência ao encurtamento gradual do tempo médio de permanência e conseqüente redução do volume total de dias de internação, aspectos que serão analisados a seguir.

Quadro 2 – Atenção hospitalar.* Indicadores gerais. Alemanha – 1991-1994

	1991	1992	1993	1994	Δ**
Nº Hospitais	2.411	2.381	2.354	2.337	-3,1
Nº Leitos	665.565	646.995	628.658	618.176	-7,1
Leitos/10.000 hab.	83,2	80,3	77,4	75,9	-8,8
Nº Internações	13.924.907	14.233.471	14.385.416	14.626.639	+5,0
Intern./100 hab.	17,4	17,6	17,7	17,9	+3,2
Dias Internação	203.552.000	198.028.000	189.935.000	185.178.000	-9,0
T.M.P.	14,6	13,9	13,2	12,7	-13,4
Taxa Ocup.	83,8	83,6	82,8	82,1	-2,1

* Os dados referem-se ao conjunto de hospitais: gerais e especializados, inclusive hospitais psiquiátricos. **Variação 1994/1991.
Fonte: StBA, *Wirtschaft und Statistik* 6/1996:383.

Entre 1991 e 1994, concomitante ao aumento em 5% do número de internações, ocorreu clara redução do número e da densidade de leitos. Esta aparente contradição entre aumento do número de internações e desativação de leitos pode ser explicada pela notável redução em 13% do tempo médio de permanência.

Enquanto os pacientes ficavam internados, em média, 14,6 dias em 1991, essa média correspondia a 12,6 dias em 1994. O incremento do número de internações não foi suficiente para compensar os efeitos do encurtamento da permanência. Apesar desse aumento, o total de dias de internação diminuiu em 9% desde 1991, correspondendo a 185 milhões de dias em 1994, o que provocou pequena redução das taxas de ocupação paralelamente à desativação de leitos (Reiste, 1996a).

As alterações ocorridas neste período foram mais pronunciadas na região correspondente à ex-Alemanha Oriental, podendo-se observar uma aproximação ao padrão ocidental dos indicadores de atenção hospitalar da Região Oriental. Conquanto em 1991, ano da unificação alemã, o número de leitos por habitante e o tempo médio de permanência fossem mais altos na Região Oriental do que na Região Ocidental, esta situação inverte-se em 1994, ocasião em que os indicadores da Região Oriental passam a situar-se em patamares levemente abaixo dos indicadores da Região Ocidental.

Leitos por tipo de prestador e porte do hospital

Os leitos em hospitais gerais na Alemanha são predominantemente públicos. Em 1994, 57% dos leitos existentes eram públicos e 37%, filantrópicos. Apenas 5% eram leitos privados. Entre 1991 e 1994 houve leve redução do número de leitos públicos e leve aumento dos leitos privados, porém, sem alterar expressivamente essas proporções (Reister, 1996a).[152]

Tabela 10 – Leitos em hospitais gerais e em instituições para reabilitação e prevenção em regime de internação, por tipo de prestador. Alemanha – 1995

Prestadores	Hospitais Gerais		Reabilitação e Prevenção	
	Nº	%	Nº	%
Públicos	319.999	56,7	30.115	16,6
Filantrópicos	212.459	37,6	26.999	14,9
Privados	32.166	5,6	124.527	68,6
Total	564.624	100,0	155.631	100,0

Fonte: StBA, *Wirtschaft und Statistik* 6/1996; BMG, *Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe*, 1997:230-2.

Diferentemente dos hospitais gerais, os leitos em clínicas de reabilitação e prevenção em regime de internação (*Kur*) são, na sua maioria, privados (65%). Apenas um quinto dos mesmos (19%) são públicos e os restantes 15% são filantrópicos.

152 Essa redução de leitos públicos pode ser explicada pela maior desativação de leitos ocorrida nesse período na Região Oriental, onde os leitos eram todos públicos.

A maioria dos leitos situa-se em hospitais de médio e grande porte. Cerca de 80% dos leitos gerais estão instalados nos 1.051 hospitais, com 200 leitos ou mais. Os hospitais privados são, em geral, de menor porte, com média de 84 leitos, bastante inferior à média de 273 leitos dos hospitais gerais públicos. Observa-se tendência ao aumento do número de leitos nos hospitais para agudos. Hospitais de maior porte são considerados mais econômicos e, em alguns países, sua conformação tem sido estimulada.[153]

Leitos por especialidade e por habitantes: desativação de leitos

Mais da metade do conjunto de leitos hospitalares instalados em 1994 destinavam-se a internações gerais de medicina interna e cirurgia (55%), sendo 11% específicos para atendimento psiquiátrico. Em 1991, a relação de leitos por habitante em geral e segundo a maioria das especialidades era mais alta na região oriental do que na ocidental. A situação inverte-se em 1994, em razão da desativação mais intensa de leitos na região leste.

Entre 1991 e 1994 foram desativados 47.385 leitos e fechados 74 hospitais na Alemanha. Cerca da metade dos leitos desativados (21 mil) eram leitos psiquiátricos, reduzidos em 23% de seu total. Foram ainda desativados 10 mil leitos de medicina interna, 7 mil leitos destinados à ginecologia e obstetrícia e 5 mil leitos pediátricos, estes com a segunda maior redução proporcional (17%).

A desativação de leitos, em geral, e de leitos psiquiátricos, em particular, foi muito mais intensa na ex-Alemanha Oriental, que reduziu à metade o número destes leitos. Ao contrário de 1991, a relação número de leitos por habitantes em 1994 era menor na Região Oriental para todas as especialidades, com exceção da pediatria.

A tendência à desativação de leitos para casos agudos e psiquiátricos não é recente. A capacidade instalada do setor hospitalar expandiu-se até a metade dos anos 70. A partir de então vem ocorrendo leve redução no número de leitos, tendência esta que se acentuou nos anos 90. Desde 1977, o número de leitos em hospitais para agudos vem diminuindo, tendo alcançado em 1989 um patamar inferior a 1970 (Tabela 12).

Movimento similar aconteceu com o número de leitos em hospitais exclusivos para tratamento psiquiátrico e/ou neurológico. Em contrapartida, o número de leitos em instalações para reabilitação e para cuidados preventivos em regime de internação hospitalar (*Kur*) continuou a crescer, ainda que em ritmo mais lento, durante os anos 80. Nos anos 90, a oferta de leitos nas casas de repouso para prevenção e/ou reabilitação expandiu-se de modo mais acentuado.

---

[153] Em 1970, o número médio era de 187 leitos por hospital, passando para 261 em 1989.

Tabela 11 – Leitos hospitalares para casos agudos, psiquiátricos, e instalações para reabilitação e prevenção (*Kur*). Alemanha Ocidental – 1960-1995[154]

Ano	Agudos	Psiquiátricos	Reab. e Prev.
1960	399.839	95.922	32.059
1965	422.199	105.299	51.062
1970	457.004	116.862	60.244
1975	489.756	118.241	86.276
1980	476.652	110.833	91.045
1985	462.124	96.578	91.520
1989	452.283	89.396	102.961
1995	441.312	58.892	157.942

Fonte: BMG, 1993:259. BMG, 1997:232 e 240.

A desativação de leitos nos últimos anos na Alemanha acompanha tendência internacional. Esta redução do número de leitos, porém, ocorreu em ritmo mais lento do que em outros países. Entre 1980 e 1990, a relação de leitos por habitantes em hospitais para tratamento de casos agudos na Alemanha Ocidental diminuiu em apenas 3,2%. Proporção baixa se comparada com outros países como Dinamarca, Noruega e Suécia, onde esta redução alcançou cerca de 20% (Jelastopulu & Arnold, 1994).

Mesmo com a desativação mais acentuada de leitos nos últimos anos, a Alemanha mantém a proporção mais elevada de leitos por habitante entre os países selecionados da OECD apresentados no Quadro 2. Alemanha, Luxemburgo, Áustria e Suíça são os países que mostram maior densidade de leitos para casos agudos, entre 6 e 7 leitos por mil habitantes.

Todavia, se computado o conjunto dos leitos – agudos, psiquiátricos e de longa duração –, maior número de países apresenta relação leito/habitantes mais elevada do que na Alemanha. Suíça, Noruega, Holanda, Luxemburgo e Finlândia dispõem de dez leitos ou mais por habitante. Na Alemanha, considera-se que a quantidade de leitos disponíveis para cuidados de longa duração (*nursing home beds*)[155] não é suficiente. Assim, paralelamente ao excesso de leitos para casos agudos, haveria escassez de leitos para pessoas dependentes de cuidados de longa duração (Alber, 1992).

[154] A classificação por tipos de hospitais foi modificada ao implantar-se novo sistema de informações hospitalares a partir de 1990. A comparação com a década de 90 fica parcialmente prejudicada, pois parte dos leitos pode ter sido reclassificada.

[155] Não se emprega a denominação 'fora de possibilidades terapêuticas', pois os leitos são destinados a pacientes, em geral idosos, que necessitam cuidados de enfermagem, mas não necessariamente de tratamento médico.

Quadro 3 – Leitos para casos agudos por mil habitantes; taxas de internação casos agudos por cem habitantes. Países selecionados – 1970-1995; Leitos totais – 1994

	Leitos casos agudos				Leitos Total	Internações casos agudos			
Países	1970	1980	1990	1995	1994	1970	1980	1990	1995
Alemanha**	7,5	7,7	7,5	6,9	9,7	13,4	16,3	17,2	*17,2
Áustria	-	-	7,0	6,6	9,4	-	17,5	21,0	23,1
Bélgica	4,8	5,5	4,9	*4,8	7,6	-	13,9	16,9	18,8
Canadá	-	4,6	4,0	*3,6	5,4	-	14,6	12,0	-
Dinamarca	-	5,6	4,6	*4,0	5,0	14,3	17,6	20,6	*19,7
Espanha	-	4,4	3,4	*3,2	4,0	-	-	9,6	*10,0
EUA	3,9	4,2	3,6	3,3	4,2	14,3	15,9	12,5	11,7
Finlândia	4,8	4,9	4,3	4,0	10,0	-	-	16,3	20,0
França		6,2	5,2	4,6	9,0	-	17,5	20,9	20,3
Holanda	5,5	5,2	4,3	3,9	11,3	9,7	11,2	10,3	10,3
Itália	-	7,6	6,1	*5,3	6,5	15, 1	17,7	15,0	*15,5
Noruega	-	5,4	3,8	3,4	13,5	12,3	14,3	14,8	14,5
Portugal	4,3	4,1	3,6	3,4	4,3	6,7	-	10,6	11,1
Reino Unido	-	2,9	2,3	2,0	4,9	-	11,1	16,8	21,2
Suécia	-	5,1	4,1	3,1	6,5	14,4	15,6	16,6	16,2
Suíça	7,1	7,1	6,5	*6,1	*20,8	-	13,0	13,9	*14,3

*Dados de 1994; para Suíça, de 1993; **Dados da OECD, a partir de 1991, referem-se à Alemanha unificada, antes disso, apenas à Região Ocidental.

Fonte: OECD, 1997 *Health data for Windows*; Schneider et al., 1998:171 e 188.

A desativação de leitos nos países de industrialização avançada tem sido uma das medidas empregadas para conter custos setoriais.[156] Não é possível, porém, estimar objetivamente a necessidade real de leitos e há o perigo de se desativar mais leitos do que aqueles que seriam necessários à atenção.[157] Além disso, paralelamente à suposta sobrecapacidade de leitos para casos agudos – em comparação com os EUA (3,3 leitos/mil habitantes) –, seria preciso que se instalassem mais leitos para alguns procedimentos e/ou condições específicas: geriátricos, centros

[156] Na Itália, em 1995, as regiões foram obrigadas por lei a desativar ou reestruturar hospitais com menos de 120 leitos (em asilos, em clínicas de reabilitação etc.). Na Bélgica, em 1986, foi disposto que um hospital deveria ter, no mínimo, 150 leitos e, até 1992, mais de 30% dos hospitais tinham sido desativados ou transformados em asilos (Jelastopulu & Kaiser, 1996).

[157] Como é o caso de listas de espera para cirurgias especializadas na Grã-Bretanha e para cirurgias eletivas na Dinamarca e Suécia (Jelastopulu & Kaiser, 1996).

de transplantes, de cirurgia cardíaca, clínicas para Aids. Novos leitos para cuidados de longa duração em serviços específicos são ainda julgados necessários para evitar internações impróprias em hospitais para agudos – mais dispendiosos – de pessoas com perda de autonomia e dependentes de cuidados de enfermagem.

Internações hospitalares: crescimento das taxas de internação

Acompanhando tendência internacional, na Alemanha vem ocorrendo crescimento leve, porém gradual, das taxas de internação para casos agudos. Essa taxa situa-se entre as dez mais elevadas entre os países da OECD.[158] Em 1994, o número de internações por cem habitantes para a Alemanha como um todo alcançou 17,2%. Na maioria dos países da OECD, assim como na Alemanha, houve crescimento das taxas de internação durante os anos 80.

Já nos anos 90, observa-se estabilização destas taxas ou leve redução em diversos países, ainda que persista a tendência à leve elevação em cerca da metade daqueles selecionados. Reino Unido e Áustria destacam-se por apresentarem crescimento expressivo nos últimos anos (Quadro 3).

Presume-se que exista conexão, nem sempre observada, entre a densidade de leitos e o volume de internações. Tradicionalmente considera-se que a oferta condiciona a demanda, o que significa dizer, neste caso, que a existência de número elevado de leitos na Alemanha é estímulo à maior produção de internações e/ou dias de internação. Isto é especialmente válido para Alemanha e Luxemburgo, mas não, por exemplo, para o Reino Unido, que apresenta a mais baixa densidade de leitos agudos (2,1), porém, é um dos campeões na taxa de internações por habitante (21%) como se pode observar no Quadro 2.

O aumento das taxas de internação, observado nos últimos anos em diversos países, está relacionado principalmente a internações de curta duração e a reinternações de pacientes idosos. Na Alemanha, a proporção de internações entre pessoas idosas tem aumentado. Cerca de 50% do total de dias de internação são utilizados por maiores de 50 anos, embora este grupo corresponda a apenas cerca de 25% dos segurados (Alber, 1992).[159]

---

158 Taxas mais baixas de internação por habitante em comparação internacional podem ser explicadas pela existência de maior articulação entre o setor hospitalar e ambulatorial. Ocorrem nos países em que os médicos de consultório acompanham seus pacientes nos hospitais e em países nos quais o tratamento especializado ambulatorial é realizado nos hospitais, como Holanda e Canadá (Jelastopulu & Arnold, 1994). A existência de instalações especializadas em cuidados de longa duração contribui igualmente para taxas de internação mais baixas.

159 O tempo médio de permanência aumenta com a idade; por isso, a participação das pessoas mais idosas é maior entre os dias de internação do que em relação ao número de internações.

Além disso, o número de internações de pessoas que se dirigem primariamente ao hospital tem aumentado. Isto seria decorrência da escassez da oferta de atendimento de emergência ambulatorial, questão que tem sido objeto de discussão e que promoveu a abertura de alguns serviços nos últimos anos.

Da mesma forma, o progressivo aumento do número de internações por habitante é condicionado pelo modo de organização do sistema de atenção – que carece de maior articulação entre os setores ambulatorial e hospitalar – e da forma de remuneração da atenção ambulatorial. A atenção ambulatorial na Alemanha serviria de filtro à admissão hospitalar, uma vez que a internação só pode ser feita mediante o encaminhamento por médico de ambulatório, exceto para casos de emergência.

A concorrência entre os médicos de ambulatório, todavia, estimula o encaminhamento dos pacientes a um hospital e não a um especialista, porque é certo o retorno do paciente ao médico geral após o tratamento hospitalar. Além disso, na situação de remuneração por unidades de serviços e de definição de teto máximo de gastos ambulatoriais, quanto maior o número de unidades de serviço prestado pelo conjunto dos médicos, mais baixo o valor de cada ponto. Assim, se o paciente necessitar de cuidado especializado, o médico prefere encaminhá-lo ao hospital, pois isto não influenciará sua remuneração.

Outro fator que contribui para o nível da taxa de internação são as internações desnecessárias. Na Alemanha, estima-se que 20% das internações hospitalares seriam evitáveis. Estudo recente do Serviço Médico das Caixas, efetuado em 40 hospitais, avaliou que até 24% dos casos internados em enfermarias de medicina interna poderiam ser tratados em ambulatório, caso houvesse instalações adequadas, como consultórios especializados em determinadas doenças ou serviços para regime de internação parcial (MDS, 1997).

Redução do tempo médio de permanência

Na maioria dos países, assim como na Alemanha, a desativação de leitos é acompanhada por redução do número total de dias de internação, paralela à elevação das taxas de internação. Esta evolução é explicada, em parte, pelo concomitante encurtamento dos tempos médios de permanência (TMP). Isto é, tem sido cada vez menor o número de dias em que cada paciente permanece em tratamento sob regime de internação no hospital. Observa-se redução progressiva dos tempos médios de permanência em todos os países da OECD desde os anos 70 (OECD, 1997).

Na Alemanha, o TMP tanto para os hospitais em geral como para os hospitais de agudos vem encurtando de maneira gradual. Entre 1990 e 1995, a permanência média nos hospitais para agudos na Alemanha foi reduzida em 2 dias,

passando para 11,5. Esta evolução nos anos 90 é mais acentuada do que na década de 80, quando a permanência média de 10 anos foi reduzida em apenas 1,5 dia.[160]

Embora tenha encurtado, o tempo médio de permanência na Alemanha é dos mais altos entre os países da OECD, representando o dobro dos tempos médios mais baixos que situam-se em torno de cinco a seis dias de internação.[161] Todavia, a comparação internacional de TMP é complicada, pois a duração das internações depende não apenas da morbidade e de diferentes estilos de tratamento prevalecentes em cada país, como também da divisão de trabalho entre setor ambulatorial e hospitalar e da existência de adequadas instalações para cuidados de longa duração. Desse modo, não se deve superestimar a potencialidade deste indicador para avaliar a eficiência da atenção hospitalar.

Embora preconizada como medida de contenção de gastos, a diminuição dos TMP, como discutido adiante, não leva à redução proporcional dos gastos hospitalares (Schwartz & Busse, 1994). Para Jelastopulu & Arnold (1994), a esperança de redução dos gastos hospitalares com a diminuição dos tempos médios de permanência seria infundada. Os custos ficam concentrados nos primeiros dias, quando há exigência de mais recursos e maior quantidade de pessoal para a prestação dos cuidados.

Paralelos à desativação de leitos e à diminuição dos tempos médios de permanência, observam-se ainda, no setor hospitalar, redução das taxas de ocupação e aumento da rotatividade de leitos, acompanhando tendência internacional. A taxa de ocupação na Alemanha (81,3 % em 1995) é das mais altas entre os países da OECD. A rotatividade dos leitos na Alemanha vem aumentando, em especial desde a segunda metade dos anos de 1980. Entre 1985 e 1995, o número de internações por leito aumentou 44%, passando de 18 internações ao ano para 26 em 1995.

Mecanismos de regulação

Em comparação ao setor ambulatorial, o hospitalar caracteriza-se por baixo grau de organização dos níveis intermediários de negociação e fraca coordenação e agregação dos interesses envolvidos.

Os prestadores hospitalares agrupam-se parcialmente em associações, as sociedades de hospitais organizadas em nível estadual e federal. Ao contrário da

---

160 É interessante observar que o tempo médio de permanência nos hospitais públicos é mais baixo do que entre os prestadores privados e filantrópicos. Isso provavelmente está relacionado ao sistema de pagamento segundo diárias uniformes, que estimularia os hospitais privados a deixar seus pacientes por mais tempo internados, garantindo maior receita.

161 Apenas Suíça e Holanda apresentam taxas tão elevadas quanto a da Alemanha. Reino Unido, Suécia, França Dinamarca apresentam as mais baixas taxas, em torno de 5 a 6 dias (OECD, 1997; Giovanella, 1998).

Câmara Médica e Associações de Médicos das Caixas, estas são associações livres de caráter privado que não têm poder de diretiva sobre seus associados ou direitos assegurados pela via legal. Estas sociedades, em razão da diversidade de prestadores – públicos, privados, filantrópicos –, constituem-se separadamente, apresentando baixa capacidade de auto-regulação, de articulação e de imposição de seus interesses (Franke, 1989; Alber, 1992).

Esta baixa organização de interesses em nível intermediário na área hospitalar não implica entretanto em posição secundária da atenção hospitalar no sistema de atenção ou na disputa pelos recursos setoriais. Resulta principalmente em dificuldades de implementação dos consensos produzidos nesse nível, fazendo-se necessária a negociação das Caixas com cada um dos hospitais; o que restringe as possibilidades de mudanças setoriais.

Apesar de sua baixa capacidade de articulação de interesses, o setor hospitalar possui força oriunda de outras razões. Uma delas está na importância do hospital para a estrutura de atenção: encontra-se no final da cadeia do processo de atenção e é setor cuja defesa tem forte apelo moral, por evitar a morte de forma imediata e aliviar o sofrimento. Outra razão se refere à posição de importância do setor hospitalar na política regional, por ser responsabilidade dos estados a garantia da atenção hospitalar e da competência estadual o seu planejamento.

Os principais atores no setor são os governos estaduais, responsáveis pelo planejamento das necessidades hospitalares, e os dirigentes hospitalares encarregados da negociação de preços, que também se organizam, por sua vez, em associações.

As decisões macrosetoriais exigem difícil processo de produção de consenso entre União e estados. O planejamento e a regulamentação da atenção hospitalar são competências exclusivas dos estados. Toda a legislação referente à atenção hospitalar – garantia da atenção, planejamento e financiamento – deve ser aprovada obrigatoriamente pelo Conselho de Estados (*Bundesrat*).

Planejamento hospitalar

O planejamento hospitalar é incumbência dos estados. Mediante lei específica, em nível estadual, são definidos o tipo e o número necessário de hospitais e leitos. Desse modo, os estados orientam a qualidade e a quantidade da oferta. Não existem normas nacionais a serem seguidas para definição de necessidades. Os estados devem garantir também os meios financeiros necessários para os investimentos hospitalares, definidos nesse plano. A inclusão de um hospital no plano significa o seu credenciamento imediato pelas Caixas.[162] A administração estadual define quais hospitais serão beneficiados por recursos públicos.

162 Para os hospitais não incluídos no plano estadual é necessário o estabelecimento de contrato especial com as Caixas. O número de hospitais com essa forma de contrato é pequeno.

O planejamento hospitalar é indicativo e se implementa por meio de estímulos financeiros. Analisa-se a densidade de leitos por habitante e a necessidade de leitos é calculada com base no total de dias de internação esperados, estimado a partir do número de casos e tempo médio de internação, e a taxa de ocupação de 85%.

O primeiro passo na formulação do plano é a definição de quais hospitais preenchem as características de corresponder às necessidades médicas de atenção, ter capacidade de produção das ações necessárias e ser eficientes. No caso de avaliar-se positivamente maior número de hospitais/leitos do que a capacidade de leitos estimada como necessária, uma escolha 'segundo o interesse público' é feita pela repartição competente. A diversidade de prestadores é preservada legalmente tanto para este tipo de decisão como para o caso de desativação de leitos.

Diversos atores setoriais participam do processo de planejamento hospitalar. Em geral existem Comissões estaduais para o planejamento hospitalar, das quais participam, além da administração estadual, as Sociedades de Hospitais, as Caixas e representantes dos seguros privados.

Embora seja buscada a formação de consenso entre os diversos atores, o processo é considerado não muito transparente, e quem detém a última palavra na definição do plano é a administração estadual (Kolb, 1997).

O planejamento hospitalar estadual tem sido criticado pelas Caixas e pelo governo federal. Seria responsável por oferta desproporcional de leitos, o que, associado a estímulos do sistema de pagamento hospitalar, induziria a internações desnecessárias, provocando gastos excessivos.

Financiamento da atenção hospitalar

O financiamento hospitalar é de responsabilidade dos estados da Federação e das Caixas. Os investimentos são responsabilidade dos governos estaduais e compete às Caixas a manutenção hospitalar por meio do pagamento das internações. Apenas os hospitais incluídos no plano – sejam estes estatais ou não – estão aptos a pleitear e receber investimentos públicos.

Desde 1984, os investimentos hospitalares são de responsabilidade exclusiva dos estados.[163] Isso significou sobrecarga financeira para os orçamentos estaduais e, por vezes, a não realização de investimentos necessários (Franke, 1989). Esta forma de financiamento hospitalar compartilhada entre Caixas e estados tem sido denominada dual no debate recente sobre as reformas setoriais.

[163] Por intermédio da lei de reordenamento hospitalar de 1984. Pela lei de financiamento hospitalar de 1972, os investimentos hospitalares haviam se tornado responsabilidade da União e dos estados, com participação dos municípios ou associações de municípios. A União deveria responsabilizar-se por um terço dos mesmos, o que não vinha acontecendo desde a metade dos anos 70, sendo esta participação abolida pela lei de 1984.

Tendo-se como pressuposto que a oferta induz à demanda, a desvantagem deste modelo seria que aquele a financiar os investimentos não teria responsabilidade quanto aos novos gastos induzidos. Os estados financiam ampliação da capacidade instalada – novos equipamentos e leitos –, cuja utilização deve ser paga pelas Caixas. Vigem assim dois mecanismos autônomos, com diferentes perspectivas temporais: o planejamento hospitalar com perspectiva de médio e longo prazo e a negociação de diárias com perspectiva de curto prazo.

A atual proposta em discussão, em parte já legislada, é de que também os investimentos hospitalares passem a ser responsabilidade das Caixas. Esta mudança na legislação, ao mesmo tempo em que aliviará os orçamentos estaduais dos gastos com investimentos hospitalares, poderá enfraquecer a posição dos estados na política setorial. Sem competência no que se refere aos investimentos, os estados não disporão mais de importante mecanismo para direcionar a implementação do plano hospitalar sob sua responsabilidade. Esta mudança pode ser entendida também como 'desresponsabilização' governamental no que diz respeito à atenção hospitalar.

Sistema de pagamento

O sistema de pagamento do setor hospitalar foi recentemente reformulado. A remuneração das internações hospitalares pelo GKV tradicionalmente era feita mediante o cálculo de taxas diárias globais de cuidado por hospital, que incluíam todos os gastos com pessoal, tratamento, manutenção e administração hospitalar. A partir de 1992, foram introduzidos pagamentos prospectivos diagnósticos relacionados para parte das internações, vigorando o sistema misto de pagamentos por diárias diferenciadas por enfermaria e diagnóstico relacionados.

Os orçamentos e preços das diárias de cada hospital são negociados[164] anualmente entre as Caixas, por intermédio de suas associações, e cada um dos hospitais, independente de sua propriedade ser estatal ou privada.[165] Em geral, comissões de negociação são formadas pelos hospitais e Caixas em nível local, que negociam os preços para cada um dos hospitais em reuniões conjuntas. Pelo lado das Caixas, é comum a Caixa Local tomar a frente das negociações.[166]

A Sociedade Estadual de Hospitais e a Associação Estadual de Seguros Privados também podem tomar parte nas negociações. O objeto de negociação é o orçamento de cada hospital, elaborado com base no número de dias de internação

---

164 Até 1984, o valor monetário das diárias de cada hospital era definido pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A partir de então, a hierarquia foi substituída pela negociação.

165 Note-se não ser fácil esta tarefa, pois as receitas hospitalares provêm das inúmeras Caixas do seguro social e dos seguros privados.

166 Agradeço a Thomas Kolb (1997), assessor da Associação de Hospitais de Hessen pelos esclarecimentos a respeito da dinâmica setorial.

do ano anterior. Desde a Lei da Reforma da Saúde de 1988 (GRG), os preços acordados devem passar pela concordância tanto da Secretaria Estadual de Saúde quanto das Associações Estaduais de Caixas e dos Seguros Privados, o que teria alterado a correlação de forças em favor das Caixas (Alber, 1992).

O processo de negociação de preços, assim como o sistema de pagamento, são definidos em nível federal por meio do decreto federal sobre as taxas de cuidados (*Bundespflegesatzverordnung*). Segundo as normas, para a negociação de orçamentos e diárias 'justas', adequadas às ações médicas, devem ser realizadas comparações entre hospitais com estrutura de atenção equivalente.

A organização de cotejo entre hospitais é encargo, em âmbito nacional, da Sociedade Alemã de Hospitais e das Associações de Caixas. As Caixas deverão elaborar um catálogo comparativo de hospitais. Cabe aos estados dar suporte à negociação dos orçamentos e das taxas de cuidados; o governo estadual tem, como responsabilidade, a criação de comissão estadual e/ou regionais, composta paritariamente por representantes dos hospitais e Caixas.

• Diárias uniformes

Até recentemente, os custos de manutenção de um hospital deviam ser cobertos pelos serviços prestados por meio das taxas de cuidado – diárias – pagas pelas Caixas. Com isso, na negociação anual do valor das diárias de cada hospital, o cálculo das diárias partia da análise dos custos hospitalares totais do ano anterior, da estimativa de alguma taxa de evolução para os mesmos e sua divisão pelo número de dias de internação previstos.

Calculava-se diária média única por hospital, a ser paga para qualquer paciente internado, independente da afecção a ser tratada, procedimento a ser efetuado ou clínica responsável pela internação. Isso resultava em um número de valores de diárias aproximadamente igual ao número de hospitais contratados (Werner & Seidel, 1996).

As taxas de cuidados cobriam completamente os custos e eram reajustadas sempre que preciso. Orçamentos passaram a ser predefinidos apenas a partir de lei de contenção para o setor hospitalar em 1984. Os custos passaram a ser calculados com antecedência, com o objetivo de que os gastos não previstos fossem assumidos pelos próprios hospitais e introduzidas restrições na composição de custos para os cálculos das taxas de internação.

O sistema de pagamento da atenção hospitalar mediante diárias uniformes diferenciadas por hospital sofreu intensas críticas. Se, por um lado, este sistema é de fácil administração e não representa estímulo à ampliação de unidades de serviço, por outro, estimula o aumento da permanência.

O pagamento de diárias uniformes seria estímulo irrecusável para prolongar a permanência hospitalar, uma vez que cada um dos dias de internação

é remunerado da mesma forma. Induziria os hospitais a compensarem os altos custos dos primeiros dias de internação com número correspondente de dias de custos mais baixos ao final do tratamento (Alber, 1992).

• Pagamentos prospectivos relacionados a diagnósticos e procedimentos

A partir de 1993, com a Lei da Estrutura de Saúde, foi abolido o princípio segundo o qual as taxas de internação deveriam cobrir os custos hospitalares. Diversificaram-se o sistema de pagamento hospitalar e as formas de remuneração. As remunerações deveriam passar a estar mais diretamente relacionadas às ações médicas realizadas (Tuschen & Walzik, 1994). Implementou-se remuneração relativa à parte dos procedimentos realizados – sistema de pagamento prospectivo diagnóstico relacionado – e definiu-se a transferência gradual da responsabilidade dos investimentos hospitalares dos governos estaduais para as Caixas.

Adotou-se um sistema de pagamento misto: pagamentos por procedimentos e diárias diferenciadas por tipo de clínica/enfermaria. Uma parte das internações hospitalares passou a ser remunerada mediante taxa por caso tratado relacionada ao diagnóstico, ou por meio de taxa especial concernente ao procedimento (pagamentos especiais).

Os pagamentos diagnósticos relacionados remuneram o conjunto de ações realizadas para tratar um caso de internação hospitalar. Similar ao pagamento por procedimentos empregado no Brasil, tem por base os *DRG-Diagnostic Related Groups* norte-americanos. As remunerações especiais, por sua vez, referem-se apenas aos custos de determinados complexos de ações, em especial cirurgias, aos quais é vinculado o pagamento de 80% da diária por enfermaria.

Em primeira etapa foram estabelecidos 40 pagamentos globais por caso (*Fallpauschalen*), relativos a 26 enfermidades e 104 remunerações especiais (*Sonderentgelte*), e introduzidas diárias diferenciadas. Para internações não incluídas nos pagamentos por procedimentos e remunerações especiais são negociadas diárias diferenciadas por enfermaria/clínica e uma diária básica para todo o hospital. A diária básica cobre os custos não diretamente médicos, inclusive hotelaria, e a diária especializada cobre o custo da atenção médica e de enfermagem.

A lista de procedimentos e remunerações especiais, assim como sua valoração em números de pontos, similar à atenção ambulatorial, é definida em nível federal. O valor de cada um dos pontos é negociado em nível estadual. Os preços pagos são, portanto, diferenciados conforme o estado em que ocorre a prestação.

O novo sistema de pagamentos buscou redirecionar os estímulos financeiros, objetivando conter gastos. Os tempos médios de permanência normatizados

para os pagamentos relacionados a diagnóstico têm por base médias históricas e cobrem os tempos de permanência observados.[167]

Em relação ao faturamento, a introdução de pagamentos diagnóstico-relacionados significou perda para os hospitais com diárias mais altas. Os valores pagos aos procedimentos foram calculados com base nas médias do conjunto dos hospitais, de modo que a contabilização de gastos de internação pelo novo sistema significará pequena vantagem para os hospitais de atenção geral básica e perdas para os de nível terciário, cujas diárias são mais altas. Estes seriam obrigados a reduzir custos.

O novo sistema de pagamento não significou a substituição imediata das diárias uniformes. Em 1997, estimava-se que entre 20% e 25% (16-20 bilhões de marcos) das internações hospitalares sejam remuneradas conforme o novo sistema de pagamento.[168] Em 1997, estavam definidas remunerações para 73 diagnósticos (*Fallpauschalen*) e para 147 procedimentos especiais (Presseamt, 1997:39).

Não há consenso a respeito do destino do sistema de pagamento hospitalar. A ampliação ou não do catálogo de procedimentos constitui objeto de conflito. As Caixas, com exceção das Locais, exigem imediata ampliação do catálogo de diagnósticos e procedimentos. Os hospitais defendem a manutenção do pagamento de diárias uniformes. As Caixas Locais (AOK) estimam que a ampliação do catálogo de procedimento pode levar ao aumento de gastos e sugere que esta modalidade de pagamento seja restrita a certa percentagem do conjunto das remunerações hospitalares.[169]

Alocação de recursos para o setor hospitalar

A alocação de recursos para o setor hospitalar, desde 1993, com a Lei da Estrutura da Saúde, passou a ser regulada por lei, tendo-se estabelecido que a evolução dos gastos do setor hospitalar não deveriam ultrapassar a das receitas de contribuição durante os próximos três anos.

Contudo, muitas exceções foram incluídas, o que produziu elevação dos gastos no setor maior do que a evolução da receita do GKV. Em 1996, um teto máximo para os gastos hospitalares com reduções para mais e para menos do valor

[167] Como mecanismo para evitar altas precoces e/ou reinternações desnecessárias caso um paciente dê entrada pelo mesmo motivo ou em decorrência de complicação, não há nova remuneração até o limite da permanência normatizada para o procedimento (Vollmer, 1994).

[168] Com o decreto federal para as taxas de cuidados hospitalares de 1995, as alterações do sistema de pagamento introduzidas pela Lei da Estrutura da Saúde foram regulamentadas. O novo sistema deveria entrar em vigor, para todos os hospitais, no início de 1996, porém, a implementação foi transferida para 1998, após avaliação da experiência de alguns hospitais.

[169] Os conservadores propõem que o catálogo seja elaborado por Caixas e hospitais sem a participação governamental. O partido social-democrata (SPD) defende diárias diferenciadas por tipo de clínica/enfermaria.

das diárias conforme a variação dos gastos em relação ao teto para cada hospital foi definido. Teve por base os gastos do ano anterior, acrescidos de taxa correspondente aos aumentos salariais do serviço público (CDU/CSU *und* FDP, 1995b).

Atualmente, na Europa, o modelo de controle de gastos em saúde mais comum é a definição de tetos orçamentários, sejam estes globais ou por setores de atenção. A prática de controle dos orçamentos hospitalares é difundida na União Européia: onze dentre os doze países, com exceção da Grécia, controlam os orçamentos hospitalares (Abel Smith, 1996).

Em 1997, foi proposta a definição de tetos máximos estaduais para os gastos hospitalares do GKV. Por meio deste novo mecanismo, e delimitadas por ele, pretender-se-ia estimular inovações setoriais decorrentes da competição entre os hospitais em cada estado. A proposta não foi aprovada, em virtude da discordância das sociedades de hospitais. Em 1999, percentuais máximos, correspondentes à evolução das receitas do GKV para a evolução dos orçamentos de cada um dos hospitais foram novamente definidos por lei.

Percepção de problemas

Na Alemanha, a profunda separação da atenção hospitalar e ambulatorial e a sua conseqüente falta de articulação têm sido reiteradamente apontadas como importante problema da organização do sistema de atenção como fonte de ineficiências. Esta separação decorreu de interesses profissionais e econômicos da corporação médica e fez com que quase todas as possibilidades terapêuticas estivessem disponíveis igualmente em nível ambulatorial, produzindo ineficiências, visto que a atuação dos médicos de hospital na atenção ambulatorial é extremamente restringida pelas Associações de Médicos das Caixas.

Na discussão concernente aos setores responsáveis pelos déficits financeiros, destaca-se o setor hospitalar, uma vez que a participação da atenção hospitalar no conjunto dos gastos é a maior e tem aumentado nos últimos anos. O tempo médio de permanência hospitalar, avaliado como muito longo em comparação internacional, é argumento freqüente para apontar ineficiências no setor.

Embora os tempos médios de permanência em comparação internacional sejam altos e possam ser avaliados como campo efetivo de intervenção para maior eficiência, sua redução não terá o impacto por muitos esperado. Schwartz & Busse (1994) chamam a atenção para o fato de que tempos médios de permanência mais curtos não necessariamente implicam economias na atenção.

Para esses autores, a estimativa de que o tempo mais longo de permanência represente ineficiência do sistema, contribuindo de maneira expressiva para os gastos, e que sua diminuição seria positiva para a atenção funda-se em pressupostos enganosos: 1) encurtamento em um dia do TMP levaria à economia de gastos

correspondente à diária média; 2) a duração da permanência hospitalar pode ser reduzida, sem que aumentem os gastos do setor ambulatorial; 3) o TMP poderia ser reduzido, sem produzir intensificação dos cuidados e perda da qualidade para os pacientes e familiares.

Estudos recentes realizados nos EUA mostram que os custos médios por dia de internação têm aumentado paralelamente ao encurtamento dos TMP e/ou sido repassados para o setor ambulatorial. A alta precoce gera a necessidade de prestação de número maior de cuidados ambulatoriais pós-internação.[170] Acarreta ainda sobrecarga dos familiares ou amigos que necessitam revezar-se nos cuidados domiciliares ao paciente, o que nunca é levado em conta na análise de custos.[171]

Por sua vez, o deslocamento de gastos para o setor ambulatorial é bem claro no caso das cirurgias ambulatoriais. Recentemente, inúmeras técnicas menos invasivas têm propiciado a realização de diversos procedimentos nos consultórios médicos, que anteriormente eram prestados apenas em nível hospitalar, o que produz evidente deslocamento de gastos e, ao mesmo tempo, estimula a realização de volume maior desses serviços pelas facilidades que oferecem.

Para os pacientes, a inegável menor invasividade das técnicas cirúrgicas não significa que possam voltar de imediato a suas atividades ou que não apresentem algum grau de dependência, carecendo de cuidados.

A implementação de fortes estímulos ao encurtamento dos tempos de permanência, dados estes deslocamentos, pode produzir impacto negativo sobre a qualidade da atenção em um sistema no qual os gastos ambulatoriais são estritamente orçados, como foi o caso da Alemanha durante muitos anos.

A redução dos TMP não leva, portanto, à diminuição correspondente do conjunto dos gastos hospitalares, uma vez que os cuidados são intensificados nos dias restantes. Em geral, o mesmo conjunto de exames e procedimentos passa a ser realizado em período menor de dias. Na verdade, a principal economia que pode existir diz respeito aos custos referentes aos serviços de hotelaria correspondentes aos dias de internação cortados, e estes não representam parcela importante dos gastos. Tem sido acompanhada por aumento importante no número de internações; o número total de dias internações, portanto, não se reduz na mesma intensidade.

Para além do debate a respeito do alcance de maior eficiência e contenção de gastos, reformas setoriais são consideradas essenciais à melhoria da qualidade da atenção. Como forma de promover a articulação da atenção ambulatorial e hospitalar e conter custos, foi ampliado o espectro de ações oferecidas pelos hospitais, ao mesmo tempo em que ações, até então realizadas apenas em regime de internação, passaram a ser produzidas em nível ambulatorial.

---

170 Para cada dia de internação reduzido é produzido 0,7 contato médico ambulatorial a mais (Schneider et al. apud Schwartz & Busse, 1994).

171 O encurtamento drástico dos TMP pode ser considerado repasse de despesas para os pacientes no que tange aos cuidados domiciliares e aos medicamentos.

Com a Lei da Estrutura da Saúde, de 1993, foi introduzida a possibilidade de tratamento pré e pós-internação e regime de internação parcial, assim como a possibilidade de realização de cirurgias ambulatoriais. Cuidados domiciliares pós-internação passaram a integrar também parte do catálogo de serviços do GKV, a fim de reduzir os períodos de internação.

4 Gastos em Saúde

A análise dos gastos em saúde é imprescindível para a discussão das reformas setoriais em razão da dominância de aspectos financeiros no debate. Desde a segunda metade dos anos de 1970, quando foi difundida a tese da 'explosão de custos' em saúde, diversas medidas foram implementadas com o objetivo de conter custos e gastos.

Nos últimos anos, ao longo do processo de reforma, os motes que desencadearam cada uma das três etapas da reforma concernem aos gastos nominais crescentes expressos em déficits e, em especial, ao aumento gradual das taxas de contribuição.

Na discussão a respeito da necessidade de reformas, outras deficiências do sistema de saúde têm sido trabalhadas a partir, quase sempre, do argumento de que sua resolução contribuiria para o controle da expansão de gastos. A melhoria da qualidade da atenção, a despeito de ter sido aventada, encontra-se subordinada à potencialidade da suposta contenção de gastos.

Sem dúvida, a questão principal dessa discussão tem sido o incremento dos gastos. Daí a necessidade de exame detalhado dos gastos em saúde na Alemanha para apreciar tanto a pertinência e magnitude do problema quanto os resultados das reformas – o impacto das medidas implementadas na evolução dos gastos.

Gastos em Saúde: comparação internacional

Toda comparação internacional quanto a gastos em saúde é imprecisa não só por problemas de disponibilidade de informações e dificuldades na confrontação de valores monetários, como também em vista das especificidades dos dados

e dos sistemas de atenção à saúde de cada país. Observam-se consideráveis variações das estatísticas oficiais quanto à inclusão de produtos e serviços na qualidade de gastos e/ou consumo em saúde, bem como diversidade dos sistemas de proteção em termos da cobertura e nível de complexidade e qualidade garantidas, o que dificulta comparação apurada.[172]

A exposição de cada um dos grandes agregados nacionais elude a diversidade das contabilizações nacionais e da abrangência da proteção em saúde nos países, tornando difícil chegar-se a conclusões precisas quanto à obtenção de maior ou menor eficiência em determinado sistema.

As confrontações de dados internacionais, desse modo, servem como aproximação e ilustração de situações problemáticas. Com este intuito, um breve cotejo será aqui realizado.

Gastos totais em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra

A OECD tem coletado e divulgado, de modo sistemático, os dados sobre proteção, atenção e gastos em saúde dos países membros. Na busca de aprimoramento, este órgão tem elaborado estimativas que visam a compensar diferenças em termos do custo de vida e viabilizar melhor confrontação. Este é o caso do cálculo dos gastos em saúde *per capita* com base na paridade do poder de compra,[173] o qual, além de resolver diferenças de tamanho da população, reduz vieses monetários.

Em comparação internacional, os gastos totais em saúde na Alemanha podem ser considerados altos. A Alemanha situa-se entre os cinco países da OECD com gastos em saúde *per capita* mais elevados, situação inalterada nos diversos cortes temporais apresentados desde os anos de 1960 (Tabela 13).

Segundo cálculos efetuados pela OECD (1993b; 1997), com base na paridade do poder de compra, em 1990, a Alemanha ocidental ocupava a quinta posição entre os 24 países da OECD com gastos *per capita* inferiores aos dos EUA, Canadá e Suíça, sendo seguida de perto por França e Suécia. Já em 1995, tais posições haviam se modificado. A Alemanha, então unificada, assumiu a quarta posição, antecedida por EUA, Suíça e Luxemburgo e seguida por Canadá e França (Tabela 12).

---

172 Além disso, grandes agregados nacionais baseiam-se, ao menos parcialmente, em estimativas, retratando apenas de modo aproximado a situação a que se referem.

173 O PPP (*Purchasing Power Parity*) é uma taxa de conversão de moedas que pretende equalizar o preço de uma mesma cesta de bens e serviços em todos os países, eliminando diferenças nos níveis de preços entre eles e reduzindo efeitos das flutuações das taxas de câmbio (OECD,1993b).

Tabela 12 – Gastos totais em saúde *per capita* com base em PPP.* Países da OECD selecionados – 1960-1995.

Países	1960	1970	1980	1985	1990	1995
EUA	143	346	1.063	1.711	2.600	3.644
Canadá	109	147	743	1.244	1.811	2.069
Suíça	96	268	939	1.224	1.640	2.412
França	75	203	698	1.083	1.528	1.972
Alemanha	98	216	811	1.175	1.522	2.134
Suécia	94	271	855	1.150	1.455	1.360
Áustria	69	163	683	984	1.383	1.634
Itália	51	153	571	814	1.296	1.507
Japão	27	127	517	792	1.175	1.581
Reino Unido	79	147	458	685	985	1.246

* *Purchasing power parity*, em dólares americanos a preços correntes, para todos os bens e serviços.

Fonte: OECD, 1993b; OECD,1997, para o ano de 1995.

A expansão da proteção à saúde nas décadas de 60 e 70 foi acompanhada de crescimento intenso, dos gastos em saúde nos diversos países da OECD, todavia, observa-se desaceleração na evolução dos gastos em saúde a partir da segunda metade dos anos 80. Esta evolução mais lenta de crescimento dos gastos totais pode ser observada na análise dos gastos per capita e na participação dos gastos em saúde no PNB.

Na década de 80, os gastos totais *per capita* cresceram em ritmo mais rápido na primeira metade do período, e entre 1985 e 1990, a evolução dos gastos sofreu leve desaceleração. A Alemanha destaca-se neste período. Embora permaneça entre os países com gastos mais elevados, é o segundo país de menor crescimento dos gastos nesses anos entre os países selecionados.

Durante a primeira metade dos anos 90, o crescimento dos gastos em saúde *per capita* nos países da OECD selecionados foi ainda mais lento do que o ocorrido entre 1985 e 1990 (tabela 12).[174] No que se refere à Alemanha, é delicado analisar esta evolução com base nas comparações internacionais disponíveis, uma vez que os dados, a partir de 1991, referem-se à Alemanha unificada. Desse modo, o cotejo com anos anteriores não é adequado. Contudo, vale a pena observar que, na Alemanha, durante a primeira metade dos anos 90, os gastos totais *per capita* cresceram de modo mais acentuado que no período anterior, porém, em ritmo mais lento do que entre 1980 e 1985.

[174] Mesmo nos EUA, apesar de apresentarem a terceira taxa mais elevada, os gastos cresceram mais lentamente do que no período anterior. Notadamente, a mais forte contenção ocorreu na Suécia, onde os gastos *per capita* em saúde sofreram redução de 7% no período.

Gastos totais em saúde como proporção do PNB

A forma mais simples e comum de comparação internacional da magnitude dos gastos em saúde é efetuada por meio da taxa de participação dos gastos em saúde no produto nacional bruto (PNB). Por ser uma proporção e desconsiderar gastos nominais, facilita a confrontação e indica a importância das despesas em saúde para as economias nacionais.

A apresentação de gastos totais em saúde como proporção do PNB sinaliza a importância do setor saúde na economia de cada país por englobar: o consumo de cuidados, produtos e serviços de saúde dos domicílios privados, inclusive os de iniciativa própria dos consumidores; os gastos em saúde de instituições governamentais e não governamentais; investimentos públicos e privados; gastos com pesquisa, desenvolvimento tecnológico (exceto da indústria farmacêutica) e formação na área da saúde.

Com taxas de participação em expansão, que variam entre 6% e 14% (1995) do PNB, o setor saúde tornou-se importante ramo da economia nos países da OECD. Os países mais ricos tendem a gastar mais em saúde do que aqueles de renda menos elevada,[175] contudo, alcançado um certo nível de gastos, não há relação progressiva direta entre a renda *per capita* de um país e gastos em saúde, seja como gastos *per capita*, seja como participação no PNB (OECD, 1994).

Observam-se expressivas diferenças de gastos em saúde entre países com níveis de renda e cobertura similares que podem ser explicadas pelos distintos desenvolvimentos históricos institucionais, nos diferentes países, com especificidades na organização do sistema de atenção e formas de relacionamento com os prestadores.

Diversos países integrantes da OECD que fomentaram políticas de contenção de gastos nos anos de 1980 tiveram algum êxito na implementação de restrições. Durante os anos 80, como exposto na tabela abaixo, a evolução dos gastos totais em saúde como proporção do PNB na maioria dos países da OECD foi mais lenta do que na década de 70. Em quatro países – Suécia, Irlanda, Portugal e Dinamarca – ocorreu redução da participação dos gastos totais em saúde no PNB. A Alemanha foi o único país a estabilizar a participação dos gastos totais em saúde no PNB, com variação de 0,1 pontos percentuais, passando de 8,6%, em 1982, para 8,7%, em 1992 (tabela 13).

---

175 Os seis países de maior renda *per capita* – EUA, Suíça, Luxemburgo, Alemanha, Japão e Canadá – são aqueles onde se observam gastos *per capita* em saúde mais elevados, com exceção do Japão.

No entanto, não se observa padrão homogêneo de evolução dos gastos em saúde entre os países da OECD. No Canadá, Finlândia, Grécia, Islândia, Itália e Noruega, o acréscimo da participação dos gastos em saúde no PNB foi mais elevado nos anos 80 do que em 70, ao passo que continuou no mesmo ritmo da década anterior nos EUA.[176] Estes aumentos na Itália e na Grécia ocorreram por políticas deliberadas de expansão de cobertura e ampliação do direito à saúde – reformas sanitárias no sentido do termo que vínhamos utilizando no Brasil.

Tabela 13 – Evolução da participação dos gastos totais em saúde no PNB. Países da OECD – 1972-1992.

Países	1972	1982	1992	% var. 1982/1972	% var. 1992/1982
EUA	7,6	10,3	14,0	36	36
Canadá	7,2	8,4	10,1	17	20
Finlândia	6,0	6,8	9,4	13	38
França	6,2	8,0	9,4	29	17
Suíça*	5,5	7,5	9,3	36	—
Áustria	5,4	8,0	8,8	48	10
Alemanha**	6,5	8,6	8,7	32	1
Holanda	6,7	8,4	8,6	25	2
Itália	5,9	6,9	8,5	17	23
Noruega	5,9	6,8	8,3	15	18
Bélgica	4,3	7,4	8,2	65	11
Suécia	7,5	9,6	7,9	28	-18
Reino Unido	4,7	5,9	7,1	26	20
Espanha	4,4	6,0	7,0	36	23
Japão	4,8	6,8	6,9	42	3
Dinamarca	6,3	6,8	6,5	8	-3
Portugal	4,1	6,3	6,0	24	-5

* O modo de contabilização de gastos em saúde na Suíça mudou, sendo inadequado o cotejo entre 1982 e 1992. ** região ocidental.
Fonte: OECD, 1994:37.

A situação da Suécia destaca-se pela importante variação nos gastos desde os anos 80, o que se repete nos anos 90. Nesse país, que iniciou a década de 1990 com forte recessão e um governo conservador, foi implementada drástica política de ajuste, que controlou a inflação e produziu diversas mudanças e cortes nos

[176] Nos EUA ocorreu estabilização da participação dos gastos em saúde no PNB a partir de 1992, permanecendo em torno de 14,1% (OECD, 1997).

benefícios sociais. Na saúde, foram contidos os orçamentos hospitalares – oferta predominantemente pública – e, no setor ambulatorial, o pagamento por unidade de serviço foi substituído por um sistema de remuneração por capitação.

Um processo de descentralização foi deslanchado, estabelecendo-se mecanismos de 'competição pública' para hospitais e centros de saúde em alguns condados (Almeida, 1995; Michelsen, 1997).[177] Quanto ao Reino Unido, chama a atenção o acréscimo da participação dos gastos em saúde no PNB exatamente no período em que foram introduzidos mecanismos de mercado no setor público: o chamado *internal market*.

O exemplo dos EUA é, por sua vez, suficientemente forte para comprovar que um sistema financiado predominantemente de forma privada tende a produzir gastos mais elevados e que estes são de mais difícil controle. Os EUA são o país com maior renda *per capita* no mundo e, concomitantemente, com gastos em saúde mais elevados, contudo, embora as diferenças de renda com os países mais ricos subseqüentes sejam pequenas, os gastos em saúde per capita chegam a ser o dobro (OECD,1994).

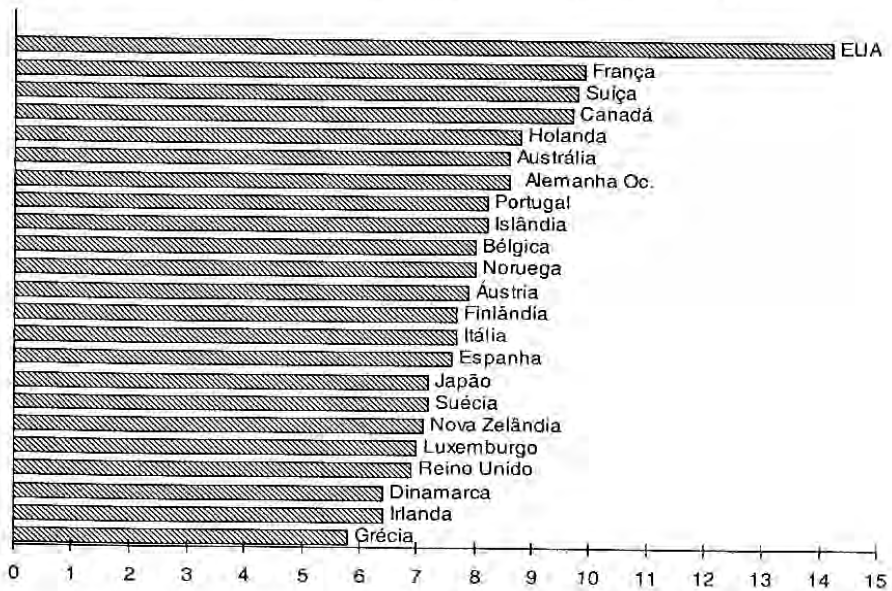
Na Alemanha, durante os anos 90, a partir da unificação, a proporção dos gastos em saúde no PNB cresceu, uma vez que foram modificadas as bases de cálculo, a produção econômica na região oriental é menor – a renda *per capita* é mais baixa – e os gastos em saúde são relativamente altos, próximos àqueles da região ocidental, o que puxa os índices para cima. O aumento da participação dos gastos totais em saúde no PNB nos anos 90 é também creditado às necessidades de recuperação da rede de atenção da região oriental, bem como de equiparação do seu consumo de serviços e ações ao padrão ocidental.

Segundo dados da OECD (1997), desde 1992 a participação dos gastos totais em saúde na Alemanha como um todo corresponderam a mais de 10% do PNB. Em 1995, alcançaram 10,4%.[178] Todavia, quando considerada apenas a região ocidental, a elevação da participação dos gastos em saúde no PNB nos anos 90 foi pequena: inferior a meio ponto percentual (*Bundesregierung, 1997a*). Assim, em 1995, na região ocidental, os gastos totais em saúde ficaram em 8,6% do PNB, ocupando a sétima posição no *ranking* internacional, como mostrado no gráfico a seguir.

---

[177] Em 1994, um novo governo social-democrata assumiu o poder, tendo-se creditado o resultado eleitoral à desaprovação popular da política conservadora de contenção de gastos sociais.

[178] Na região oriental, a participação dos gastos totais em saúde no PNB é bem mais elevada. Em 1994 representavam 13,3% do produto interno bruto (PIB) correspondente (BMG, 1997).

Gráfico 2 – Gastos totais em saúde como % do PNB – 1995

Fonte: OECD, 1997, *Health Data for Windows* (estimativas preliminares); *Bundesregierung*, 1997a.

Cabe lembrar que a participação dos gastos em saúde no conjunto do PNB é influenciada pelas circunstâncias econômicas. Diferentes desempenhos em relação aos gastos com saúde nos diversos países nesse período podem ser parcialmente atribuídos à evolução da economia. Além da questão da reunificação, outra possível explicação para a evolução dos gastos totais em saúde mais acelerada nos anos 90 do que nos 80 na Alemanha é a relação dos mesmos com a evolução da economia.

A Alemanha Ocidental, por conta do processo de reunificação, experimentou crescimento econômico de 5,7% e 5,0% do PIB em 1990 e 1991, respectivamente (BMG, 1996). A recessão foi assim postergada para 1993, quando a evolução do PIB foi negativa: -1,8%. Esta evolução da economia justifica em parte a evolução dos gastos totais como proporção do PNB, mais acelerada nos anos 90 do que nos anos 80.

Importa ainda observar que, embora os gastos totais na Alemanha aumentem sua participação no PNB mais rapidamente nos anos 90 do que nos 80, não ocorre o mesmo com os gastos do seguro social de doença – GKV, cuja participação no PNB permaneceu estável.

Participação dos gastos públicos nos gastos totais em saúde

Conquanto tenha ocorrido desaceleração no ritmo de aumento, os gastos em saúde são e permanecem predominantemente públicos na grande maioria dos países de industrialização avançada. A tabela a seguir mostra a importância do financiamento público para os gastos em saúde nos países da OECD desde os anos de 1970.[179] Observa-se progressivo aumento da participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos em saúde. Gradualmente, maior número de países da OECD teve 70% ou mais de seus gastos em saúde financiados pelo setor público.

A tendência à elevação da participação dos gastos públicos no conjunto das despesas com saúde manteve-se durante os anos 90. Em 1996, os gastos públicos representavam 70% ou mais das despesas com saúde em 20 países – dentre os 25 da OECD. Em 50% destes, os gastos públicos correspondiam a mais de 80%.

Tabela 14 – Participação (em %) dos gastos públicos nos gastos totais em saúde. Países da OECD selecionados – 1970-1996

	1970	1980	1990	1996
Alemanha	73.3	79.2	76.8	78.3
Áustria	63.0	68.8	75.0	74.9
Bélgica	87.0	83.4	88.9	87.7
Canadá	70.2	75.7	74.6	71.4
Dinamarca	86.3	85.2	82.3	79.4
Espanha	65.4	79.9	78.7	76.3
EUA	37.8	42.4	40.8	47.0
França	74.7	78.8	74.5	80.7
Holanda	84.3	74.7	72.7	77.0
Itália	86.9	80.5	78.1	69.9
Japão	69.8	71.3	77.6	*78,4
Noruega	91.6	85.1	83.3	82.5
Portugal	59.0	64.3	65.5	59.8
Reino Unido	87.0	89.4	84.1	84.3
Suécia	86.0	92.5	89.9	80.2
Suíça	63.9	67.5	68.4	71,9

* Dado referente a 1995.

Fonte: OECD Health Data 97 – Health Data for Windows.

[179] Em 1960, na maioria desses países, os gastos públicos correspondiam a mais de 50% dos gastos em saúde, mas apenas em oito deles alcançavam 70%.

Mantém-se, portanto, a predominância dos gastos públicos no conjunto dos gastos em saúde durante os anos 90. Contudo, observa-se, a partir dos anos 80, redução da participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos em saúde em cerca da metade dos países da OECD, dados estes tidos como comprovatórios do êxito das políticas de contenção. Na maioria dos países em que ocorreu, a redução foi leve, com queda menor do que cinco pontos percentuais para o período de 15 anos.[180] Mesmo com tais diminuições, a proporção dos gastos em saúde pública foi mais elevada em 1996 do que em 1970.

Na Alemanha, ainda que a participação dos gastos públicos no conjunto dos gastos não seja das mais altas, nunca tendo atingido 80%, permanece acima de 70% desde 1970, mostrando oscilações pouco acentuadas. Durante os anos 80, ocorre leve redução. Na década de 90, segundo os dados apresentados, houve pequeno acréscimo da participação dos gastos públicos no total de gastos em saúde, em especial por conta da inclusão no cômputo, dos gastos relativos à Região Oriental.

A preponderância do financiamento público da atenção à saúde entre os países da OECD – os países de maior renda *per capita* – mostra a não vigência na prática da proposição conservadora, que apela à subsidiariedade e prega a desresponsabilização do Estado: 'quem pode, deve pagar'. Ainda que o apelo à responsabilidade individual seja manifesto, os dados mais recentes continuam a mostrar que o financiamento público é a forma dominante de garantia de acesso aos cuidados de saúde nos países da OECD no total das despesas com saúde. Essa observação é da maior importância para a discussão da situação no Brasil. Sinaliza ser o financiamento público imprescindível para a garantia de cobertura de proteção à saúde mesmo para populações cujo nível de renda é muito mais elevado do que o dos brasileiros.

Gastos Totais em Saúde na Alemanha

Na Alemanha, em 1994, último ano com dados gerais divulgados oficialmente, os gastos totais em saúde, inclusive transferências financeiras, foram de 470 bilhões de marcos – cerca de 280 bilhões de dólares.[181] Destes, 84,5% (397 bilhões de marcos) são relativos à região ocidental, e 15,5%, à região oriental. As ações curativas constituem o principal item de despesas: 58,5% do total dos gastos

[180] Houve elevação da participação dos gastos públicos em menor número de países, em especial naqueles de participação inicial menos elevada, como Japão, Suíça e EUA.

[181] Na contabilização de gastos totais em saúde realizada pelo StBA são computadas todas as despesas referentes à assistência médico-sanitária, às despesas com pesquisa e formação na área da saúde e ao consumo de bens e produtos relativos à saúde assim como despesas com benefícios em espécie – transferências financeiras aos indivíduos em conseqüência de adoecimento.

em saúde (274,5 bilhões de marcos) foram despendidos em tratamento médico-odontológico (ambulatorial, hospitalar, medicamentos e próteses) (StBA, 1997).

Aos gastos com ações médico-sanitárias seguem-se aqueles com transferências financeiras (auxílio-doença e aposentadorias precoces por invalidez) e medidas de reabilitação (benefícios que sucedem ao episódio de doença), em um volume de 129,1 bilhões de marcos que correspondem a 27,5% do total.

Apenas pequena parcela dos gastos totais em saúde, cerca de 7,4%, equivaleu a despesas com medidas preventivas e de acompanhamento. Com formação profissional e pesquisa universitária na área foram gastos 8,2 bilhões (1,7%).

Gastos totais em saúde segundo fonte de financiamento

Os gastos em saúde na Alemanha, como apresentado na seção anterior, são predominantemente públicos. A maioria dos gastos públicos (81%) é proveniente de receitas de contribuição dos diversos seguros sociais. O Seguro Social de Doença (GKV) arca com cerca da metade (47,9%) do conjunto de todos os gastos em saúde. A Previdência Social e o Seguro Social de Acidentes são responsáveis, respectivamente, por 7,7 % e 3,3% dos gastos totais.[182]

Tabela 15 – Distribuição dos gastos totais em saúde, inclusive transferências financeiras, segundo ordenadores de despesas.* Alemanha – 1970-1994.

	Região Ocidental							BRD
Fonte	1970	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1994
Orçamento Público	14,2	13,5	13,3	13,4	13,3	13,9	13,2	13,4
GKV	35,5	45,9	46,0	47,9	47,4	45,4	46,5	47,9
Previdência Social	9,4	6,1	6,6	6,7	6,2	7,1	7,2	7,7
Seg. Soc. Acidentes	3,6	3,3	3,0	2,9	3,4	3,7	3,7	3,3
Subtotal Público	62,6	68,8	68,9	70,9	69,9	70,0	70,6	72,3
Seg. Priv. Saúde	5,2	4,6	5,7	5,1	5,7	5,8	5,9	5,3
Empregadores	23,7	19,6	17,6	16,3	16,7	16,4	15,5	14,7
Domicílios Privados	8,5	7,0	7,8	7,6	7,7	7,8	8,0	7,7
Subtotal Privado	37,4	31,2	31,1	29,0	30,1	30,0	29,4	27,7

* As contribuições de empresários e trabalhadores estão contabilizadas apenas nos respectivos seguros sociais. No orçamento público não estão computados os gastos em saúde dos empregadores públicos (auxílio-doença, contribuições).

Fonte: StBA, 1996 e 1997.

182 Referentes ao pagamento de aposentadorias por invalidez, as medidas de reabilitação em casas de repouso (*Kur*), pagamentos de aposentadorias, tratamento de acidentados e prevenção de acidentes.

Os gastos públicos provenientes das receitas de impostos (gastos fiscais) correspondem a apenas 13,4% do conjunto dos gastos totais. União, estados e municípios gastaram 63 bilhões de marcos com medidas ligadas à saúde em 1994. Destes, 17,2 bilhões corresponderam a medidas para reabilitação social e profissional, 16,8 bilhões foram pagos a cuidados de enfermagem de longa duração (*Pflege*) pela assistência social e 11,3 bilhões de marcos destinaram-se ao financiamento de hospitais públicos e hospitais universitários. Os orçamentos públicos são ainda responsáveis por gastos com formação do pessoal da área de saúde (8,2 bilhões) e com os centros de saúde públicos (*Gesundheitsdienst*) responsáveis por programas preventivos, com os quais foram gastos, em 1994, 3,9 bilhões de marcos alemães.

A participação dos gastos públicos varia conforme o tipo de despesa. Entre os gastos com tratamento em saúde, todos os tipos de ações de saúde são financiados de modo predominante pelo setor público. Os orçamentos públicos e os seguros sociais são responsáveis por 94% dos gastos com medidas de prevenção e orientação, 76% das despesas com tratamentos, 87% daquelas com atenção hospitalar e 56% das despesas com reabilitação e auxílio-doença. Já as despesas com formação de pessoal e pesquisa médica são exclusivamente públicas (StBA, 1997).

A proporção dos gastos públicos aumentou de modo gradual, desde os anos 70, tendência que permanece nos anos 90. Maior participação dos gastos públicos no conjunto das despesas com saúde resultou principalmente da crescente participação do GKV no financiamento e da redução da participação direta dos empregadores.

Os gastos privados correspondem às despesas despendidas por empregadores, usuários no ato da utilização e seguros privados (tabela 16). Entre os gastos privados destaca-se a participação do empregadores. Em 1994, as despesas de empregadores públicos e privados com a manutenção e recuperação da saúde de seus trabalhadores, sem considerar suas parcelas de contribuição aos seguros sociais, equivaleram a 14,7% do total dos gastos em saúde (70 bilhões de marcos).[183] A maioria desses gastos, cerca de 70%, foram despendidos na forma de pagamento de salários nas seis primeiras semanas de doença (49,4 bilhões de marcos).[184]

É marcante a alteração da participação dos empregadores no financiamento dos gastos em saúde. As despesas diretas a seu encargo (sem incluir as contribuições sociais) evoluíram mais lentamente do que todas as outras fontes desde os anos 70. Enquanto os gastos do GKV aumentaram 7,4 vezes entre 1970 e 1994, as despesas diretas dos empregadores subiram 3,7 vezes (StBA, 1996). Um dos

---

[183] Quando computadas as contribuições para os seguros sociais, os gastos dos empregadores correspondem a 39% do total das despesas com saúde (StBA, 1997).

[184] O restante das despesas foi realizado na forma de: ajuda para tratamento de saúde de seus empregados (12,3 bilhões de marcos) pelos empregadores públicos; aposentadorias precoces por invalidez para servidores públicos (4,8 bilhões), assim como 2,1 bilhões para o financiamento dos serviços de saúde (*Gesundheitsdienst*) das empresas (StBA,1996 e 1997).

motivos para a participação decrescente dos empregadores no financiamento direto do conjunto dos gastos em saúde foi a diminuição da importância dos gastos com transferências financeiras no conjunto dos gastos em saúde.

Além das contribuições aos seguros sociais e de saúde, públicos ou privados, estima-se que os orçamentos domiciliares são responsáveis por 7,7% do conjunto dos gastos de saúde despendidos por meio do pagamento direto de despesas de saúde. A participação direta dos domicílios privados é importante para medicamentos e outros métodos terapêuticos e de ajuda e próteses dentárias. Estima-se que os indivíduos pagam diretamente cerca de um quarto dos medicamentos e mais de um terço das próteses dentárias. Os domicílios privados cobrem diretamente apenas 16% da atenção médico-odontológica ambulatorial e participam da atenção hospitalar de modo mínimo. Menos de 1% da atenção hospitalar é paga diretamente pelos doentes no ato da utilização.

Já as despesas dos seguros privados correspondem a apenas 6% do total de gastos com saúde. A participação dos gastos por conta dos domicílios privados, tanto para aqueles intermediados pelos seguros privados de saúde como para aqueles diretamente desembolsados pelos indivíduos, sofreu redução nos anos 70 e, a partir dos anos 80, aumentou de forma leve, retornando em 1994 próximo ao nível de 1970 (tabela 16).[185]

A análise da participação de diferentes fontes de financiamento nos gastos totais em saúde, suas parcelas públicas e privadas, permite a observação da grande importância do GKV na garantia dos cuidados de saúde e possibilita o debate inicial acerca da tese da tendência à privatização dos gastos e da proteção à saúde.

Se analisados os dados apenas a partir de 1980, pode-se apontar leve tendência à privatização dos gastos em saúde. Os níveis de participação dos gastos diretos dos domicílios e com os seguros privados alcançados em 1994, porém, são similares àqueles do período de expansão da proteção social. Além disso, os gastos sob encargo direto dos domicílios privados sofreram aumento menos acelerado do que o conjunto dos gastos em saúde (StBa, 1997). Assim, embora se observe leve aumento da participação dos domicílios privados no total de gastos em saúde (3% a 4%), a tese da privatização progressiva dos gastos em saúde, segundo estes dados, não pode ser corroborada.

---

185 O mesmo pode ser observado quando computados apenas os gastos com consumo médico-sanitário e excluídas as transferências financeiras (Schneider et al., 1995).

Gastos do Seguro Social de Doença Alemão (GKV)

A evolução dos gastos do Seguro Social de Doença alemão (GKV) reflete seu processo de desenvolvimento caracterizado por estabilidade e contínua expansão. Expansão em duplo sentido: de cobertura, por meio do processo de inclusão progressiva de trabalhadores de novos ramos da economia, característica geral da evolução dos sistemas de proteção social constituídos segundo os princípios de seguro social, e de ampliação do catálogo de ações e benefícios. A análise de seus gastos por setores de atenção permite visualizar a ampliação progressiva do catálogo de ações e benefícios e, ao mesmo tempo, os efeitos das medidas de contenção.

Em 1998, os gastos totais[186] do GKV na Alemanha como um todo foram de 248 bilhões de marcos (US$ 146 bilhões). Destes, 83% corresponderam a gastos da região ocidental, que foram de 206 bilhões de marcos (US$ 122 bilhões). Nessa mesma região, 87% dos gastos destinaram-se ao pagamento de ações médico-sanitárias, 8% a transferências financeiras aos segurados e 5% a despesas administrativas (www.bmgesundheit.de).[187]

Na região oriental, os gastos foram de 42 bilhões de marcos, sendo 39 bilhões utilizados em ações de saúde e 2,4 bilhões em auxílio-doença. A diferença no volume de gastos entre as duas regiões é decorrência principalmente do menor número de segurados da região oriental do que de despesas inferiores por segurado na região. Os gastos por segurado, em 1995, foram de 3.454 DM na região oriental e de 3.700 DM na região ocidental, diferença de apenas 7%.[188]

As diferenças de gastos entre as duas regiões diminuíram rapidamente desde 1991, tendo os dispêndios da região oriental se aproximado do padrão da região ocidental. Após a unificação, a evolução dos gastos do GKV para todos os setores de atenção e benefícios na região oriental foi muito mais acelerada do que na região ocidental, em razão do processo de adequação e acomodação ao padrão de ações e gastos ocidentais.

Observou-se um processo de acomodação tanto da oferta como da demanda. A oferta diversificou-se e organizou-se para produzir e contabilizar os gastos no padrão ocidental, os profissionais de saúde ampliaram prescrições e os segurados tomaram conhecimento dos novos benefícios e ações disponíveis, passando a demandá-los.

---

186 Os gastos totais do Seguro Social de Doença, além dos gastos com ações de saúde e benefícios em dinheiro, incluem os gastos administrativos e outros, como transferências financeiras entre as Caixas para a compensação da estrutura de riscos.

187 Benefícios em espécie: auxílio-doença, auxílio-maternidade, auxílio-parto e auxílio-funeral.

188 Em 1991, os gastos por segurado na região oriental correspondiam a cerca de 60% dos gastos da região ocidental (BMG, 1996).

Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção: região ocidental

Os gastos do Seguro Social de Doença concentram-se em ações curativas individuais, notadamente hospitalares e ambulatoriais.[189] As medidas de promoção e prevenção representam pequena parcela dos mesmos. A atenção ambulatorial – médico-odontológica e por profissionais diversos – é responsável por 26% dos gastos, e a atenção hospitalar, por 34 % (StBA, 1996). A seguir são analisados os gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados e sua evolução nas últimas décadas (tabela 16 e gráfico 3).

Tabela 16 – Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados. Alemanha, região ocidental – 1960-1995

Atenção	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Hospitalar	17,5	25,2	30,1	29,6	32,2	33,2	32,4	32,1	33,9	34,4	34,0
Ambulatorial	20,9	22,9	19,4	17,9	18,1	18,2	17,6	17,2	18,0	17,4	17,2
Farmacêutica	12,2	17,7	15,3	14,6	15,3	16,3	16,1	16,1	13,8	12,8	13,2
Auxílio-doença	30,0	10,3	8,0	7,7	5,9	6,5	7,5	7,3	7,3	7,3	8,0
Outros meios*	2,4	2,8	4,4	5,7	6,0	6,3	6,4	6,5	6,8	7,2	7,5
Odontológica	5,2	7,2	7,1	6,4	6,0	6,1	6,0	6,1	6,3	6,1	5,9
Próteses dent.	3,0	3,5	7,2	8,6	7,1	3,6	3,7	4,1	3,0	3,2	3,3
Maternidade**	4,4	4,6	2,9	3,5	2,5	2,4	2,2	2,1	2,2	2,1	2,0
Depend. severa	–	–	–	–	0,1	1,2	1,4	1,5	1,6	–	–
Outros	4,4	5,8	5,6	6,0	6,9	7,3	6,9	7,1	7,2	7,9	8,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Outros meios: inclui outros métodos de cura e meios de ajuda. ** Maternidade inclui: ações médicas e transferências financeiras.
Fonte: BMG, 1996.

[189] A rubrica prevenção e ajuda/orientação é responsável por 5% dos gastos (StBA, 1996).

Atenção hospitalar

A importância da atenção hospitalar na atenção médica reflete-se na sua participação nos gastos. Atualmente, este é o setor da atenção que despende maior quantidade de recursos. Os gastos com atenção hospitalar tiveram aumento progressivo de sua importância, em especial, até 1975, quando alcançaram 30% do conjunto das despesas do GKV (gráfico 3).[190]

Em 1995, 34% dos gastos destinaram-se ao pagamento da atenção hospitalar proporcionada aos segurados do GKV. Na última década, os gastos com este setor aumentaram de modo mais acelerado (62,1%) do que as despesas do GKV como um todo (57,9%).[191] Por sua elevada participação, o setor hospitalar é tido como o principal responsável pelos 'gastos crescentes' pelos defensores da contenção de gastos na Alemanha.

Gráfico 3 – Distribuição dos gastos do GKV por setores de atenção e benefícios selecionados. Alemanha, região ocidental – 1960-1995

*Outros meios: inclui outros método de cura e meios de ajuda. **Maternidade inclui: ações médicas e transferências financeiras.

Fonte: BMG, 1996.

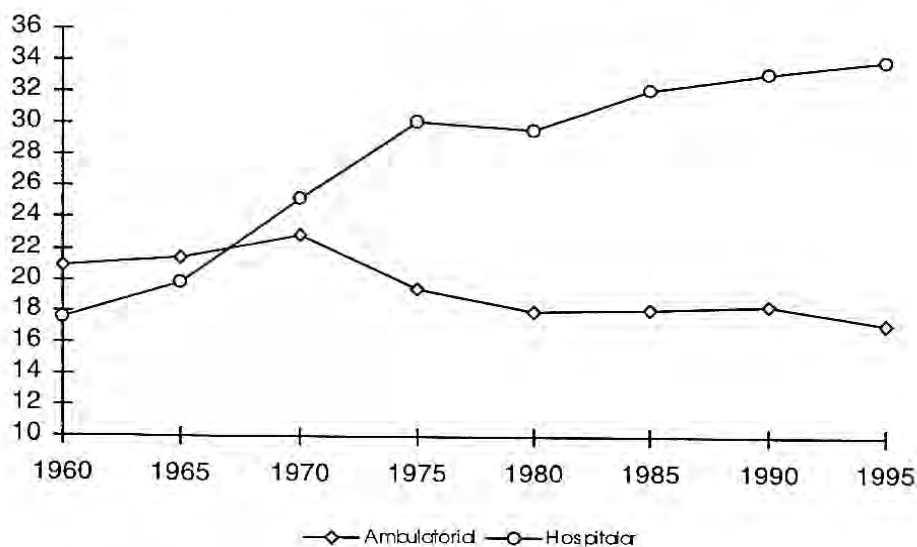
[190] No período de 1970 a 1975, por iniciativa da coalizão social-democratas/liberais então no poder, foi deslanchado um processo de modernização e recuperação da estrutura de atenção – novos investimentos e ampliação de pessoal –, em particular, no setor hospitalar. Os gastos hospitalares triplicaram no período. Como grande parte da modernização foi financiada pelas diárias hospitalares, quase em sua totalidade pagas pelas Caixas, o impacto sobre as taxas de contribuição foi imediato.

[191] A participação dos gastos hospitalares no conjunto dos gastos em saúde diminuiu levemente na maioria dos países da OECD entre 1980 e 1993, em particular como resultado de deslocamento de ações para o setor ambulatorial.

Atenção médica ambulatorial

A participação dos gastos ambulatoriais no conjunto das despesas do Seguro Social de Doença, que chegou a atingir 23% em 1970, apresentou gradual redução durante os anos 70. Desde 1980, tem-se mantido estável, oscilando entre 17% e 18% (gráfico 4). Em 1998, correspondia a 17,8% do total de gastos. Esta estabilidade da participação dos gastos médicos ambulatoriais deve-se tanto à participação progressivamente maior de outros setores da atenção quanto à evolução moderada de seus gastos, em geral inferior à média anual para o GKV.

A participação estável dos gastos com atenção médica ambulatorial no conjunto das despesas do GKV é utilizada, pela corporação médica, como argumento de não necessidade de inclusão do setor ambulatorial em medidas de contenção, no que tiveram parcial sucesso. Em 1989 e 1993, anos de entrada em vigor de leis de contenção, enquanto o GKV como um todo reduziu seus gastos, aqueles com atenção médica ambulatorial continuaram a crescer, ainda que de modo um pouco mais lento.

Gráfico 4 – Participação dos gastos ambulatoriais e hospitalares no conjunto dos gastos do GKV - Alemanha Ocidental – 1960 - 1995

Fonte: BMG, 1996.

Atenção odontológica

Os gastos com atenção odontológica na Alemanha são elevados.[192] Em 1995, a atenção odontológica em seu conjunto representou 9,2% dos gastos do GKV. Sua participação, que chegou a 15% em 1980, tem decrescido a partir de então por conta de restrições feitas, em particular, para as próteses. Estas, desde 1993, correspondem apenas a um terço dos gastos com assistência odontológica.

Excluídas as próteses dentárias, a participação dos gastos com atenção odontológica no conjunto das despesas do GKV tem se mantido em torno de 6% desde os anos 80, tendo sua evolução acompanhado o ritmo do conjunto dos gastos.

O acesso a próteses dentárias foi ampliado na segunda metade dos anos 70, o que produziu forte elevação de sua participação no conjunto dos gastos, chegando a 8,6% em 1980. Entre 1975 e 1985, os gastos com próteses representaram mais de 50% da atenção odontológica como um todo. Na última década, por conta de restrições – via cortes e aumento da participação dos usuários – os gastos com próteses dentárias oscilaram fortemente, atingindo a mais baixa taxa de crescimento no somatório da década.[193]

Assistência farmacêutica

Os gastos com assistência farmacêutica em 1995 foram responsáveis por 13,2% do conjunto dos gastos. Desde os anos 70, os gastos com medicamentos ocupam o terceiro lugar em importância na participação, após os setores hospitalar e ambulatorial. Na ultima década, a participação dos gastos com medicamentos no conjunto dos gastos do GKV aumentou, de modo gradual, até 1992. Em 1993, esta participação diminuiu, passando de 16,1 para 13,8, em virtude da redução real em 19% do montante despendido com medicamentos no ano, devido à Lei da Estrutura da Saúde (GSG), que fixou teto orçamentário para prescrições e impôs sanções aos médicos, caso fosse ultrapassado. Este mecanismo surtiu efeito ainda em 1994. No ano seguinte, as sanções, por influência da corporação médica, foram afrouxadas, e os gastos com medicamentos voltaram a aumentar mais do que o conjunto dos gastos.[194]

---

[192] Estima-se que os gastos totais com atenção odontológica na Alemanha sejam dos mais altos do mundo. Em 1990 representavam 0,9% do PNB, enquanto nos EUA eram de 0,62% e na Grã-Bretanha de 0,32% do PNB. Os gastos *per capita* calculados segundo preços com paridade de poder de compra eram o dobro dos da União Européia e 50% mais altos do que nos EUA (BMAS, 1994).

[193] A observação da evolução dos gastos com próteses dentárias mostra bem os efeitos de contenção das Leis da Reforma da Saúde, em 1989, e da Lei da Estrutura da Saúde, em 1993. As restrições impostas produziram diminuição imediata de 50% e 28%, respectivamente. Pode-se observar também uma reação preventiva que provocou antecipação de gastos. Em 1988, o anúncio de restrições desencadeou corrida aos consultórios, provocando forte aumento no volume de gastos com próteses no ano.

[194] O mesmo ocorreu em 1996. O controle de gastos no setor é particularmente difícil por conta da forte influência da indústria farmacêutica, que conseguiu vetar a elaboração de listas positivas (Steffen, 1996a).

A assistência farmacêutica é apontada como o setor da atenção em que a introdução de medidas de controle de qualidade melhor poderiam ter efeitos de eficiência – reduzindo gastos, sem produzir restrições na atenção garantida. Em 1995, as prescrições de medicamentos de efeitos duvidosos ou não comprovados[195] foram responsáveis por 23% dos gastos com medicamentos e outros produtos distribuídos pelas farmácias, alcançando faturamento aproximado de 7 bilhões de marcos, o montante do déficit do Seguro Social de Doença no ano para a Alemanha como um todo (Gerlinger & Schönwälder, 1996; Schwabe & Paffrath, 1996).[196]

Outros meios de tratamento e ajuda

Os outros meios – métodos terapêuticos (*Heilmittel*) e meios de ajuda (*Hilfsmittel*) – envolvem grande diversidade de ações, com evolução diferenciada de gastos. Em seu conjunto, esta rubrica foi responsável, em 1995, por 7,5% dos gastos do GKV.

Nas últimas décadas, estas despesas cresceram sempre acima da média do conjunto dos gastos. Isto produziu expressivo aumento, mais de 70%, da participação desta rubrica no conjunto dos gastos do GKV, nos últimos vinte anos. Na última década, estas foram as despesas de crescimento mais acelerado. Este crescimento é decorrente da inclusão progressiva de novas ações terapêuticas e da difusão das referidas profissões, que disponibilizou o acesso a um maior número de segurados, bem como da maior sofisticação de meios de ajuda utilizados.

O baixo acréscimo de gastos com outros meios verificado em 1993 foi conseqüência da GSG, que fixou tetos máximos para a prescrição de outros métodos terapêuticos pelos médicos, idêntica medida utilizada para o controle de medicamentos. Desde 1994, têm sido negociados tetos máximos de gastos para estas ações em nível estadual, juntamente com os gastos para medicamentos.

Auxílio-doença

Com o processo de expansão do GKV e ampliação progressiva da cesta de benefícios cobertos, os gastos com transferências financeiras perderam importância. Sua participação no conjunto das despesas do GKV decresceu por conta tanto de evolução menos acelerada que a do conjunto dos gastos, como em virtude da ampliação do catálogo de ações médico-sanitárias. A maior alteração ocorreu nos anos 60, quando a participação do auxílio-doença passou de 30%, em 1960, para 10,3%, em 1970. Em 1980, os gastos com auxílio-doença atingiram

---

[195] Associações espúrias, expectorantes, medicamentos de uso externo para varizes e reumatismo, estimuladores da circulação cerebral etc.

[196] Não é possível afirmar que apenas o corte destes medicamentos evitaria todo o déficit, pois não foi calculada a influência do co-pagamento nestes dados, pois as receitas com co-pagamento não foram subtraídas.

seu nível mais baixo de participação: apenas 5,9%. Nos anos 90, essa proporção voltou a subir levemente, alcançando 8% em 1995.

Essa recente mudança não passou despercebida à coalizão governamental, que decretou, apesar dos protestos, a redução do benefício em setembro de 1996; uma das medidas do *Sparpaket*.[197]

Dependência severa

As ações domiciliares ou em regime de internação relativas a cuidados de longa duração foram introduzidas no catálogo do GKV em 1989; contudo, com a criação de um ramo de seguro social específico para estes cuidados, as respectivas despesas com segurados por dependência severa passaram a ser contabilizadas no novo ramo do seguro social desde o segundo semestre de 1995.

Gastos administrativos

A preocupação a respeito dos gastos com administração tem adquirido maior importância com o avanço das medidas de contenção e da competição entre as Caixas. Os gastos administrativos seriam mais diretamente influenciáveis pelas próprias Caixas por meio da adoção de medidas gerenciais. A atuação mais eficiente das Caixas no sentido do controle de gastos administrativos poderia colocá-las em vantagem na competição por segurado.

Os gastos do GKV com administração apresentaram evolução similar à do conjunto de gastos, mantendo quase constante seu percentual de participação em torno de 4% a 5% dos gastos totais do GKV desde os anos 70. Sua maior participação ocorreu em 1990, quando alcançou 5,14%.[198]

A partir do cotejo dos gastos administrativos dos seguros privados, é possível estimar os gastos administrativos das Caixas como não excessivos. Os gastos administrativos dos seguros privados de saúde na Alemanha, em 1992, representaram 15% das receitas com prêmios e 12,7% do conjunto de suas receitas.[199]

O aumento dos gastos administrativos é tido como uma das prováveis conseqüências inadequadas da maior competição entre as Caixas, uma vez que

---

197 Para maiores detalhes acerca do *Sparpaket*, vide Stotz & Giovanella, 1996.

198 Os gastos administrativos variam entre as Caixas e regiões. Em 1995, os gastos administrativos das Caixas Locais foram de 5,3%, na região ocidental, e de 6,4%, na região oriental (AOK, 1995). Para *Techniker Krankenkasse*, uma das Caixas Substitutas para Empregados, de clientela restrita e das mais ricas, estes gastos foram de 4,3%.

199 Em cotejo internacional com base em estimativas feito pela OECD, a participação dos gastos administrativos no total de gastos em saúde na Alemanha seria das mais altas entre os países da OECD. Os autores, porém, chamam a atenção para o provável nível mais elevado deste tipo de gastos nos EUA e das dificuldades para a confrontação (OECD, 1995a). Nos EUA, em 1987, os gastos administrativos dos seguros privados eram de 11,7% (Schwartz & Busse, 1994). Donaldson & Gerard (1992) referem para o mesmo caso 13,4%.

esta, mais do que estimular o aumento da eficiência, poderia levar a acréscimo de gastos administrativos das Caixas, em especial com *marketing* e serviços personalizados de atendimento ao cliente.

GKV: relação entre receitas e despesas

A justificativa imediata das medidas de contenção reside nos reiterados déficits apresentados pelas Caixas, uma vez que as despesas têm crescido com freqüência mais rapidamente do que as receitas de contribuição. Na última década pode-se observar ciclos bianuais de déficits e superávites resultantes das reformas introduzidas. Déficits recorrentes, ao final da década de 80, desencadearam a Lei da Reforma da Saúde, de 1988, cujos efeitos se fazem notar nos dois anos imediatamente posteriores.

Em 1991 e 1992, os gastos voltam a superar as despesas. As medidas da Lei da Estrutura da Saúde, implementadas no início de 1993, produziram redução dos gastos em 1993 e superávits neste ano e no subseqüente. Em 1995 e 1996 houve novos déficits e foram implementadas medidas de contenção no segundo semestre de 1997. Nesse ano, seus efeitos sobre a contenção já puderam ser avaliados. Após um déficit de quase 7 bilhões de marcos no ano de 1996, o GKV fechou 1997 com superávit de 1,1 bilhões.

Tabela 17 – Seguro Social de Doença alemão (GKV). Receitas, despesas e saldo financeiro. Região ocidental – 1970-1997. Saldo financeiro. Região oriental – 1991-1997*

Ano	Receitas	Despesas	Saldo Oeste	Saldo Leste	Saldo Total
1970	26.116	25.179	937	-	
1980	88.452	89.834	-1.382	-	
1985	11.831	114.108	-2.277	-	
1986	118.507	119.867	-1.361	-	
1987	125.074	124.997	77	-	
1988	132.639	134.376	-1.737	-	
1989	139.682	129.927	9.755	-	
1990	147.753	141.654	6.099	-	
1991	154.221	159.814	-5.593	2.773	-2.820
1992	167.778	176.876	-9.098	-256	-9.354
1993	184.421	175.362	9.059	1.355	10.414
1994	194.181	192.120	2.061	116	2.177
1995	212.233	217.352	-5.119	-1.836	-6.955
1996	219.700	224.340	-4.640	-2.140	-6.780
1997	220.750	219.350	1.400	-300	1.100

*Em milhões de marcos correntes.

Fonte: BMG, 1996 T.10.9; para 1996 e 1997, http://www.bmgesundheit.de em 11.06.98.

Os déficits, assim como a evolução dos dispêndios por item, são diferenciados entre as Caixas. Em 1996, os gastos por contribuinte nas Caixas Substitutas aumentaram 3,6% na região ocidental e 3% na região oriental, enquanto suas receitas de contribuição cresceram apenas 1,1%. Os gastos das Caixas Locais tiveram aumento maior: 6,4% na região ocidental e 2,4% na oriental, contra pequeno aumento de receitas de contribuição de 0,7% e 1,5%, respectivamente.

Recentemente, o Fundo de Compensação da Estrutura de Riscos dos Segurados entrou no rol dos motivos de déficits. As Caixas, obrigadas a fazer repasses para o Fundo, responsabilizam-nos por suas dificuldades financeiras. Em 1996, as Caixas Substitutas apresentaram déficit de 3,3 bilhões de marcos (700 milhões na Região Leste), tendo participado com 16 bilhões na compensação financeira de riscos. As Caixas Locais, em decorrência das diferenças na estrutura de riscos de seus segurados, receberam montante similar e apresentaram déficit de 2 bilhões. As Caixas de Empresas, que transferiram 1,4 bilhões para o fundo de compensação, alegam que estas transferências seriam responsáveis por seu déficit de 400 milhões de marcos (FR.04.03.97).

O Problema dos Gastos em Saúde: explosão dos custos ou erosão das receitas?

O debate sobre o problema dos gastos no setor saúde é impregnado pela instrumentalização política na apresentação de dados. Kühn (1995a) se pergunta como é possível utilizar a metáfora "a explosão de custos", que sugere acontecimentos catastróficos por um período de vinte anos. "Como alguma coisa pode explodir durante 20 anos?" A utilização desta metáfora, por si só, sugere certa arbitrariedade.

Se analisados os artigos que difundiram a "explosão de custos" na Alemanha, na metade dos anos 70, a 'explosão' pode ser em parte atribuída a dois simples artifícios estatísticos. Um deles é o valor do ano-base selecionado. Quanto mais baixo o valor do ano-base, maior o crescimento. O outro é a relação entre as ordenadas. Quanto menor o intervalo na escala utilizada no eixo das ordenadas e menor o espaçamento nas abcissas, mais abrupta parece ser a subida da curva. Assim, uma função linear levemente ascendente foi apresentada como tendência exponencial (Kühn, 1995a).

O aumento dos gastos em saúde nas últimas décadas (de 1980 e 1990) foi gradual. Apenas no início dos anos 70, verificou-se uma evolução abrupta dos

gastos de saúde em curto espaço de tempo. Não obstante, a metáfora da explosão de custos não seria adequada mesmo neste caso.

O expressivo aumento dos gastos das Caixas entre 1970 e 1975 foi decorrente da expansão da atenção garantida pelas Caixas por meio da ampliação do catálogo obrigatório e modernização hospitalar (Alber, 1992); tanto que o GKV passou a responder por 44% das despesas totais com saúde em 1975, participação quase um terço maior do que em 1970 (35%) (Stegmüller, 1996a).

A dinâmica expansiva de gastos do GKV entre 1970 e 1975, para Stegmüller, deve ser compreendida no contexto de ampliação da proteção à saúde do período 1965-1975, quando foi garantida, em alto nível, a maior parte da população.[200] Uma dinâmica específica que não se repetirá, pois o ciclo da expansão se esgota necessariamente com a universalização – a garantia real da proteção para a maior parte da população com a oferta e o acesso a serviços em qualidade e quantidade suficientes.[201]

Se analisada a evolução da participação dos gastos em saúde no PNB após este período, observa-se certa estabilização dos gastos do GKV. De fato, o que provocou a discussão sobre a contenção foi o aumento contínuo das taxas de contribuição do Seguro Social de Doença. Nos últimos vinte anos, as taxas médias de contribuição aumentaram gradualmente, tendo crescido três pontos percentuais. Passaram de 10,47%, em 1975, para 13,45%, em 1996. Desde os anos 70, embora o objetivo político-econômico das medidas de contenção de gastos em saúde tenha sido a estabilização das taxas de contribuição, esta não foi atingida.

No debate sobre as possibilidades de melhora da posição da Alemanha na competição econômica internacional (*Standort Deutschland*), a diminuição dos custos sociais do trabalho, entre os quais se incluem as contribuições para o Seguro Social de Doença, tem sido considerada um dos fatores centrais. Daí a ênfase na estabilização/redução das taxas de contribuição (Deppe, 1996a). Para Kühn (1995), a tematização do problema das contribuições como 'explosão de custos' levou a uma tipologia de soluções voltadas para cortes nos gastos e concentradas nos pacientes. Se a questão fosse o alcance de maior eficiência – redução de custos das ações de saúde – e elevação da economicidade do sistema, as soluções centrar-se-iam no controle dos prestadores de serviços e dos produtores de insumos, principais responsáveis pelos incrementos de gastos.

---

200 Os anos 60, até o início dos anos 70, correspondem a um período de forte expansão em diversas áreas sociais. Na Alemanha, entre 1960 e 1975, o conjunto dos gastos sociais cresceu em 11 pontos percentuais em relação ao PIB (Behagel, 1994).

201 Como conseqüência dessa expansão, as taxas de contribuição passaram de 8,2%, no ano de 1970, para 10,4%, em 1975, e a participação dos gastos do GKV no PNB aumentou de 3,7 para 5,7% no mesmo período.

Evolução das receitas: participação da renda do trabalho assalariado na economia

O problema não seria tanto de incremento de gastos e mais de erosão das receitas. A modalidade de financiamento do sistema alemão, por meio da arrecadação de contribuições, faz com que as receitas das Caixas – limitadas aos rendimentos do trabalho assalariado – estejam imediata e diretamente ligadas à conjuntura econômica e à situação do mercado de trabalho.

Para diversos autores, o aumento das taxas de contribuição foi essencialmente condicionado pelo descompasso entre a evolução do PNB e os rendimentos do trabalho assalariado, o qual se expressa na redução da participação da cota de salários na economia popular (*Volkseinkommen*)[202] (Kühn, 1995b; Deppe, 1996b; Steffen, 1996a; Gerlinger & Schönwälder, 1996; Stegmüller, 1996a). A economia popular corresponde, em termos simples, à parcela do PNB constituída pela soma de todos os rendimentos provenientes de salários, ordenados, juros, aluguéis e lucros. A cota de participação dos salários na renda popular aumentou continuamente até o início dos anos 80, alcançando o seu ápice em 1982 e, a partir de então, tem declinado gradualmente, com uma única exceção.

A participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda nacional foi, em 1982, de 76,9% e caiu, em 1993, para 72,1%. Em 1995, esta proporção da renda nacional caiu novamente para 69%, estando atualmente abaixo do nível dos anos 70 (Steffen, 1996a). Este declínio da participação da massa salarial na renda nacional tem como contrapartida o aumento da participação das rendas decorrentes da atividade empresarial, do trabalho autônomo e de capital.[203]

Semelhante diminuição da participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda popular ocorre mesmo quando são excluídas diferenças decorrentes da mudança da estrutura de ocupação para o cálculo da cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariado (Schäfer, 1996a e 1996b).[204]

---

[202] *Brutto-Lohnquote*: participação da renda proveniente do trabalho assalariado, não autônomo – inclusive contribuições dos empregadores para o seguro social –, na economia popular em percentagem. A economia popular (*Volkseinkommen*) inclui rendimentos pessoais provenientes do trabalho assalariado e autônomo, além de atividades empresariais, e corresponde a mais de 70% do PNB. No Brasil, a participação da massa salarial no PIB é menor que 30% (FSP.02.05.98:1-3).

[203] Os rendimentos do trabalho autônomo cresceram nos anos 80 e 90. Enquanto em 1980, a renda disponível em um domicílio de um autônomo era duas vezes àquela de um operário, em 1994 esta relação havia subido para três vezes. Paralelamente, aumentaram os lucros e foram reduzidos os impostos sobre as rendas provenientes da atividade empresarial e elevados os impostos sobre os rendimentos do trabalho, tudo isto contribuindo para a redução da cota de rendimentos do trabalho assalariado, base para desconto das contribuições (Stegmüller,1996: 69).

[204] Poder-se-ia supor que a participação da renda do trabalho assalariado teria sido reduzida por um aumento do trabalho autônomo, por exemplo. Ao considerar-se mudanças na estrutura da ocupação, este argumento perde validade.

Desde o início dos anos 80, o volume total dos salários tem crescido mais lentamente do que o PNB, o que se expressa na diminuição da cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariado na renda popular. Se a participação da renda do trabalho assalariado no PNB diminui, significa que a potencialidade de financiamento do Seguro Social de Doença não aumenta proporcionalmente conforme o aumento do PNB.

Assim, mesmo que os gastos em saúde evoluam no mesmo ritmo de crescimento do PNB, situação que pode ser amplamente desejável, as taxas de contribuição terão de ser majoradas. Ou seja, com a diminuição relativa da renda do trabalho assalariado, a base financeira do sistema GKV – centrada nas contribuições do trabalho assalariado – sofreu erosão. A manutenção de receitas condizentes a um volume de gastos iguais ou crescentes implicou o aumento das taxas de contribuição, uma vez que o funcionamento das Caixas tem, como princípio, o equilíbrio entre despesas e receitas.

Tabela 18 – Cota de participação dos rendimentos do trabalho assalariado na economia popular. Alemanha Ocidental – 1960-1995

Ano	Salários
1960	60,1
1970	68,0
1975	74,2
1980	75,8
1985	73,0
1990	69,6
1995	69,0

Fonte: Kühn, 1995b; Deppe, 1998a; Steffen,1996a.

Nesse sentido, a argumentação de empresários de que os custos do trabalho aumentaram por conta da elevação das taxas de contribuição para os diversos ramos do seguro social, o que levaria à piora de sua posição na competitividade internacional, tem pouco fundamento. A cota de participação dos rendimentos do trabalho na renda nacional – salários mais contribuições sociais – tem diminuído, o que significa dizer que os custos totais do trabalho foram reduzidos, apesar da elevação das taxas das contribuições sociais. A evolução real da renda do trabalho na última década tem sido modesta. Acordos coletivos têm sido fechados nos níveis de inflação e índices maiores têm resultado, por vezes, de contrapartidas compensatórias para os empregadores.

Importante fator adicional para erosão das receitas do Seguro Social de Doença (GKV) foi o aumento progressivo do desemprego. Enquanto na Alemanha Ocidental, em 1981, existiam 1,3 milhões de desempregados, essa população ultrapassara, em 1996, a casa dos 4 milhões em todo o país. Afora a redução da base de contribuição que os proventos menores implicam, a base de cálculo para as taxas de contribuição pagas pelo seguro-desemprego ao GKV foi diminuída.

O alto nível de desemprego na Alemanha, ao contrário da maior parte dos países da OECD, é fenômeno relativamente recente, em especial, da década de 90.[205] A taxa de desemprego alemã, mesmo sendo mais baixa que nos outros países, encontra-se em alta desde a metade dos anos 80. Em março de 1997 estava em 9,7% e continuava a crescer. No início dos anos 90 (1990 a 1993), por conta do impulso decorrente da unificação, as taxas de desemprego foram contidas. O maior número de postos de trabalho na Alemanha Ocidental foi atingido em 1992, quando 29,1 milhões de pessoas encontravam-se ocupadas, incluídos os autônomos. O problema do desemprego na região oriental é mais grave, pois a taxa de desemprego ultrapassa 20% em alguns dos cinco novos estados. Estima-se que, de 1989 a 1995, foram extintos 3,34 milhões de postos de trabalho na região oriental, ao passo que, no mesmo período, foram criados 800 mil novos postos na região ocidental (*Bundosregierung*, 1997b).

Diversas outras alterações no mercado de trabalho contribuíram para a erosão de receitas do GKV. Além do desemprego crescente, o aumento da participação dos trabalhadores por tempo parcial e das mulheres – grupos cujos salários são, em geral, mais baixos – no total de contribuintes compulsórios, também teve repercussões sobre o potencial de arrecadação do GKV.

Na região ocidental, a proporção de trabalhadores em tempo parcial entre a população ocupada com obrigatoriedade de asseguramento passou de 8%, em 1980, para 12,8%, em 1995. A proporção de mulheres, por sua vez, passou de 38,6%, em 1980, para 42%, em 1995 (BMAS, 1996a). Ao mesmo tempo, aumentou o número de relações de trabalho dispensadas de contribuições sociais (Schönbach, 1997:65).

Outros fatores que pesaram para essa situação foram os reajustes insuficientes dos tetos dos salários de contribuição e a transferência de ônus de outros ramos do seguro social para o GKV, em especial, da previdência e seguro-desemprego. Aspecto este, enfatizado por críticos das reformas propostas pela coalizão governamental liberal-conservadora.

---

205 Outra característica alemã é a baixa taxa de desemprego entre jovens. Graças ao sistema dual de formação profissional, nas empresas e escolas profissionais, a Alemanha apresenta a penúltima taxa dentre as mais baixas, 7,6% para jovens de 15-19 anos e 9,5% para menores de 25 anos, entre 19 países da OECD. Na Espanha estas taxas eram de 50% e 41% e na Itália 36% e 35% (dados de 1995 e 1996) (*Bundosregierung*, 1997b).

Tabela 19 – Taxas de desemprego em países selecionados – 1970-1997

Países	1970-1980	1980-1990	1994	1995	1996	1997*
Alemanha**	2,5	5,7	8,4	8,2	9,0	9,7
Bélgica	4,6	10,4	10,0	9,9	9,8	9,6
Dinamarca	4,3	7,4	8,2	7,2	6,9	6,3
França	4,1	9,0	12,3	11,7	12,4	12,5
Grã-Bretanha	3,8	9,5	9,6	8,8	8,2	7,3
Itália	6,5	9,3	11,4	11,9	12,0	12,2
Japão	1,7	2,5	2,9	3,1	3,4	3,3
Holanda	3,9	9,9	7,1	6,9	6,3	5,7
Noruega	1,1	3,0	5,4	4,9	4,8	4,7
Áustria	1,8	4,2	3,8	3,9	4,4	4,4
Suécia	2,1	2,4	9,8	9,2	10,0	10,9
Suíça	0,4	0,6	4,7	4,2	4,7	5,5
Espanha	5,2	17,9	24,1	22,9	22,2	21,4
EUA	6,2	7,0	6,1	5,6	5,4	5,2
União Européia	4,2	9,3	11,1	10,8	10,9	10,9

*Relativo ao mês de março de 1997; todas as outras taxas são médias dos períodos. **A partir de 1994, as taxas se referem à Alemanha como um todo.

Fonte: Eurostat, International Labour Office e OECD apud Sozialpolitische Umschau, 1997: n.254.

Nos últimos anos, como estratégia para equilibrar as finanças de outros ramos do seguro social, estreitou-se a base de cálculo para as contribuições de aposentados, desempregados e beneficiários da assistência social pagas respectivamente pela previdência social, seguro-desemprego e municipalidades ao GKV, produzindo, em conseqüência, redução das receitas das Caixas.[206]

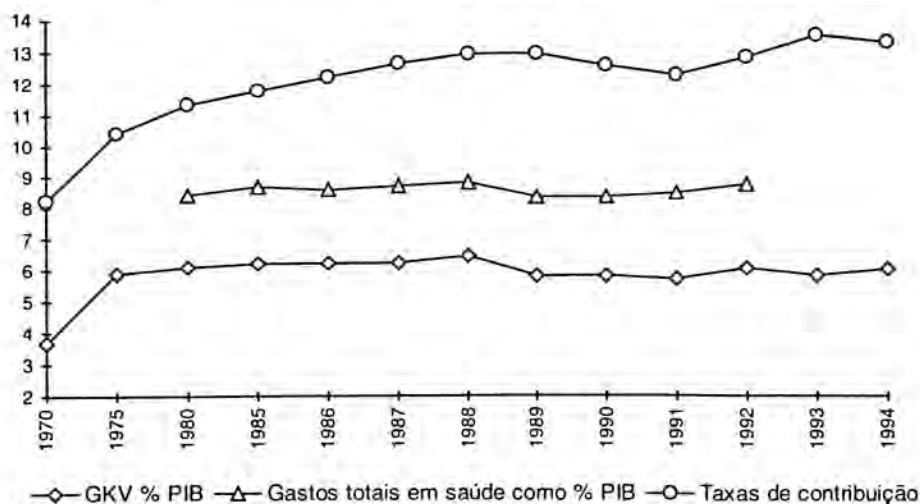
Ao mesmo tempo, as Caixas foram obrigadas a aumentar as contribuições de seus segurados para a previdência e para o seguro-desemprego durante a vigência do auxílio-doença. Estima-se impacto negativo dessas medidas sobre as receitas do Seguro Social de Doença, por volta de 5 bilhões anuais, o equivalente ao déficit do GKV na região ocidental em 1995 (Am Orde, 1996; CSU/FDP, 1996b; Gerlinger & Schönwälder, 1996).

206 Em 1995, por exemplo, a base de cálculo das contribuições para a saúde, pagas pelo Ministério do Trabalho para os beneficiários de seguro-desemprego, foi reduzida de 100% para 80% do último salário bruto.

Evolução dos gastos: gastos do GKV como proporção do PNB

De fato é difícil apontar uma contínua explosão de gastos se analisada a evolução das despesas do sistema de Seguro Social de Doença GKV em relação ao PNB. Após o período de intensa expansão – de ampliação de serviços, clientela e gastos – entre 1970 e 1975, os gastos do GKV, como proporção do produto nacional bruto, permaneceram quase constantes, apresentando oscilações de apenas meio ponto percentual em sua participação no PNB. A média da participação dos gastos do GKV no PIB, entre 1976 e 1985, foi de 5,8 %. Entre 1986 e 1995, a média desta participação ficou em 5,9 % (Steffen, 1996a).

Não é possível, portanto, caracterizar a evolução dos gastos em saúde na Alemanha – sejam estes totais ou do seguro social – como em contínua explosão (Kühn, 1995b; Deppe, 1996a; Steffen, 1996a; Gerlinger & Schönwälder, 1996; Stegmüller, 1996a). O que se observa é a estabilidade da participação dos gastos do GKV no PNB. Mesmo para os gastos totais na região ocidental, a participação no PNB é quase estável, tendo aumentado apenas um ponto percentual em vinte anos (gráfico 5).

Gráfico 5 – Evolução das taxas de contribuição e das participações dos gastos totais em saúde e do GKV no PNB. Alemanha, Região Ocidental – 1970-1994

Fonte: Kühn, 1995b; BMG, 1996; Stegmüller, 1996a; Bundesregierung - *Presse und Informationsamt*, 1997a.

Em síntese, pode-se afirmar que as taxas de contribuição permaneceriam estáveis se a participação da renda do trabalho assalariado e o nível de ocupação durante o período tivessem sido sustentados no mesmo patamar, dado ter permanecido quase constante a participação dos gastos do GKV no PNB desde 1975-1980. O problema principal, assim, é menos de descontrole de gastos, interno aos sistemas de seguro e de atenção à saúde, e mais de erosão das receitas.

Elucidar o problema da erosão das receitas não implica afirmar a inexistência de problemas na evolução dos gastos. A evolução dos gastos manteve dinâmica própria induzida pela oferta e ocorreu de forma independente e paralela ao estreitamento da base de financiamento do Seguro Social de Doença, decorrente da tendência à crise econômica evidenciada desde a metade dos anos 70, que marcou o fim do período de prosperidade do pós-guerra, o chamado 'milagre alemão', com suas elevadas taxas de crescimento, e levou a perdas reais dos trabalhadores assalariados e ao aumento do desemprego.

Problemas na organização da atenção e a falta de maior controle sobre os prestadores, assim como a não implementação de medidas anteriormente acordadas, são também apontados como responsáveis pelos déficits atuais do GKV. Entre os problemas organizacionais são referidos a falta de articulação entre a atenção ambulatorial e hospitalar, as formas de remuneração dos prestadores, em especial, da atividade ambulatorial por meio de unidades de serviço, o reduzido controle sobre o mercado farmacêutico, entre outros.

Em outra perspectiva, o crescimento dos gastos em saúde não seria um problema. A expansão dos serviços sociais pessoais é apontada como parte da solução para o problema da produtividade crescente, mediante a qual o conjunto dos bens materiais é produzido por parcela menor da força de trabalho, resultando em desemprego. A expansão de gastos sociais, considerando-se que estes podem ser realizados de forma eficiente, seria um possível resultado positivo do aumento da produtividade do trabalho (Kühn, 1996). Para outros autores, ainda, se o problema é a base da arrecadação, a solução estaria em mudança radical: a modificação do modelo de seguro social para um sistema universal financiado com recursos fiscais (Offe, 1990; Mayntz & Scharpf, 1995).[207]

---

[207] Nesta perspectiva, o modelo universalista adotado no Brasil não seria extemporâneo, mas sim avançado. Autores que discutem mudanças estruturais na esfera do trabalho, não apenas a redução de postos de trabalho, mas também maior rotatividade, períodos mais freqüentes de desemprego etc. indicam como melhor alternativa para a proteção os sistemas universais com base em contribuições fiscais. Não obstante, também para defensores da redução dos custos sociais do trabalho, um sistema universal de base fiscal é apontado para reduzir custos sociais do trabalho e melhorar a posição de competitividade do país (Biedenkopf, 1993).

Crescimento dos Gastos em Saúde: mitos, retórica e consensos

O principal objetivo das reformas recentes dos sistemas de proteção e atenção à saúde nos países centrais na última década tem sido a contenção de gastos. Mesmo que em diversos países, como é o caso da Alemanha, não se possa falar em 'explosão de custos', esta tem sido a metáfora empregada para a necessidade de reformas 'neo-eficientistas'.

A expansão dos gastos em saúde não é uma particularidade do sistema de saúde alemão nem fenômeno recente. É observada na grande maioria das economias desenvolvidas – em particular, desde os anos 50 –, concomitante à extensão das formas de proteção à saúde após a universalização dos direitos sociais de cidadania.

A elevação progressiva dos gastos com assistência à saúde no pós-guerra é inquestionável. Contudo, esse fato tem sido encarado como problema apenas em tempos recentes. Os gastos em saúde tornaram-se uma preocupação quando, a partir da metade dos anos 70, o crescimento econômico alterou-se, ficando mais lento. Como alta proporção desses gastos eram públicos e foi mantido o nível de impostos, o baixo crescimento econômico reduziu as receitas governamentais, gerando pressões por contenção (Aaron, 1996; Almeida, 1995 e 1996).

A novidade atual está na sua consideração como problema por amplos setores. O aumento gradual dos gastos em saúde tem sido ponderado no mundo contemporâneo como problema tanto por governos conservadores como por social-democratas. A questão tornou-se objeto privilegiado de estudo para economistas da saúde, tendo sido publicada vasta literatura que enfoca seus diferentes aspectos. Entretanto, não há consenso acerca das razões da expansão de custos e gastos e, principalmente, a respeito da importância relativa de cada um dos fatores envolvidos no complexo processo de determinação dos mesmos. Dependendo da influência atribuída aos fatores arrolados, soluções diversas são apontadas. Os diversos autores enfatizam distintos aspectos, tornando-se difícil separar o que é ideologia – o estrito interesse de contenção – e análise distanciada, pois o campo dos recursos públicos é prenhe de disputas.

No contexto de globalização da economia e com a intensificação da competição internacional, as pressões para redução de gastos em saúde intensificaram-se. O crescimento da parcela dos gastos públicos tem merecido maiores cuidados do que o do conjunto dos gastos em saúde. O aumento dos gastos totais não teria maior importância – a menos que pressionem as despesas governamentais –, uma vez que, sejam altos ou baixos, representariam apenas o prestígio de determinado setor (o de saúde) no conjunto da economia, não exercen-

do influência na competitividade internacional. De fato, para os gastos públicos, não há qualquer relação entre o seu patamar e a posição de um país na competição internacional.

Os gastos em saúde são avaliados como tendo peso quanto à competitividade apenas quando os gastos públicos afetam o balanço dos orçamentos governamentais – o equilíbrio fiscal – ou no caso de o volume de gastos privados alterar os níveis de poupança e investimentos privados (Aaron, 1996).

No caso da Alemanha, os gastos públicos são, na maior parte, financiados por contribuições sociais vinculadas aos salários, o que interfere nos custos do trabalho. Desse modo, os empresários reivindicam a redução dos custos sociais do trabalho sob a alegação de que as taxas de contribuição social devem ser estabilizadas ou reduzidas para que os custos do trabalho sejam contidos, de modo que a Alemanha melhore a sua já excelente posição na competição internacional.[208]

Carece de melhor fundamentação, todavia, a argumentação de empresários de que os custos do trabalho foram acrescidos por conta da elevação das taxas de contribuição, ou que são obrigados a pagar seguro-saúde para seus empregados, o que não ocorreria em outros países[209] e levaria à piora de sua posição na competitividade internacional. Na Alemanha, a cota de participação dos rendimentos do trabalho no PNB tem diminuído. Além disso, a comparação internacional dos gastos em saúde mostra que não é possível estabelecer relação ou comprovar a tese, muito difundida pelos conservadores, de que haveria conexão entre nível de gastos em saúde e posição de um país na competição internacional. Os países com maior competitividade – o que pode ser expresso, grosso modo, pelo nível de exportações – apresentam, em geral, gastos mais altos e os de pior posição, menores gastos em saúde como proporção do PNB, exceto o Japão.[210]

A base ampliada de defesa da inevitabilidade de contenção é possível não apenas por imposições de políticas de controle dos déficits públicos, com as quais diversos governos têm se defrontado, mas também pela forma de exposição do problema como exigência intrínseca, decorrente da natureza específica dos gastos

---

[208] A Alemanha ocupa o segundo lugar no volume financeiro de exportações; situa-se após os EUA e antes do Japão. É responsável por cerca de 10% das exportações mundiais. Mais da metade destas têm como destino os países da União Européia. O mesmo ocorre com as importações alemãs: 55% têm como origem os países europeus.

[209] Como por exemplo, nos países asiáticos. Contudo, para a Coréia do Sul é interessante observar que ampliou a cobertura da proteção social à saúde, em 1989, para 100% da população, segundo dados da OECD. Mantém, porém, um dos níveis mais altos de participação direta dos usuários: cerca de 40% (OECD *Windows*, 1997).

[210] Os 20 países com maior volume monetário de exportações em ordem decrescente em 1996 eram: EUA, Alemanha, Japão, França, Grã-Bretanha, Itália, Canadá, Holanda, Hong Kong, Benelux, China, Coréia do Sul, Singapura, Taiwan, Espanha, México, Suécia, Suíça, Malásia, Rússia (*Bundesregierung*, 1997c).

em saúde. Os defensores mais aguerridos da contenção buscam alicerçar-se em raciocínios fundamentados em aspectos econômicos e, por vezes, até biológicos, apresentados como neutros para a sustentação de políticas neo-eficientistas.

Os argumentos aparentemente mais imparciais fundam-se em análises custo-benefício.[211] Em termos economicistas, a contenção de gastos em saúde seria essencial. O raciocínio é o seguinte: uma vez que a maioria dos gastos em saúde é despendida em assistência médica e que, atingido determinado nível, o aumento dos gastos não traz maiores incrementos à expectativa e/ou à qualidade de vida da população, tornar-se-iam necessárias medidas racionalizadoras (Médici, 1994a).[212] Motivo menos nobre seria o de os preços em saúde tenderem a subir mais do que os índices de preços.

Semelhantes raciocínios não são desprovidos de fundamento. Constituem referências necessárias à formulação de políticas de saúde intersetoriais que tenham por objetivo melhorar a saúde das populações. Considerando-se o processo saúde e doença como socialmente determinado, a atenção à saúde surge como um dos fatores em segunda instância que podem influenciar no adoecer e morrer das populações. É sempre difícil avaliar o impacto das ações de saúde no estado de saúde, isto é, nos resultados de saúde, uma vez que se reconhece o importante impacto de mudanças nas condições de vida, de ações de redistribuição de renda e mesmo de ações ambientais, nutricionais e educacionais no estado de saúde das populações (McKeown, 1976; Wilkinson, 1997, Pearce, 1997).

Mesmo assim, verifica-se correlação positiva entre gastos em saúde e esperança de vida. O que não poderia ser de outra maneira, em virtude de haver correlação positiva entre renda *per capita* e expectativa de vida, afora o fato de os países mais ricos tenderem a gastar mais em saúde. Contudo, tal relação não é direta. No caso de gastos muito baixos, não pode ser evidenciada; apenas quando os gastos atingem determinado patamar, a correlação positiva aparece. No outro limite, o de gastos mais altos, a correlação também desaparece. Todavia, estes limites não são consensuais.

A perda desta correlação no limite superior pode ter explicação óbvia. Existe um limite biológico para a extensão da vida humana, mesmo que não se possa precisar qual.[213] Atingida certa idade avançada, maiores gastos com assis-

---

211 Este é o caso da discussão sobre o estabelecimento de prioridades e a definição de cestas mínimas. Como, por exemplo, as recomendações do Banco Mundial (1993) para países pobres: os gastos deveriam ser apenas com ações preventivas, sem qualquer dispêndio com ações que aliviem o sofrimento das pessoas, pois estes não resultariam em redução dos anos de vida perdidos ou vividos com incapacidade (tomados como medida do benefício).

212 Esse argumento, contudo, não pode servir de base para a formulação de qualquer política de saúde no Brasil, pois em qualquer aspecto que se considere em termos internacionais – seja como proporção do PNB, seja *per capita* – , o volume de gastos em saúde no Brasil é baixo.

213 Alguns autores trabalham com 85 anos como a taxa de expectativa de vida a que se pode chegar. Mais recentemente aponta-se a idade de 90. Taxas mais elevadas só seriam possíveis no caso de ruptura das fronteiras do conhecimento atual (Olshansky, Carnes & Cassel, 1993).

tência médica não seriam capazes de estender ainda mais a vida. Poderiam, sem dúvida, aumentar o nível de conforto ou a qualidade de vida dos indivíduos.

O problema deste argumento é sua utilização apenas como base para a exigência de contenção de gastos em saúde e não de novas concepções para as políticas de saúde. Embora exista limite biológico para o prolongamento da vida (difícil de ser determinado) há evidências de que a erupção das doenças crônicas pode ser retardada para idades mais avançadas (Fries, 1984; Kühn, 1995c) e que a qualidade de vida na velhice – assim como em qualquer idade – apresenta distinções de classe social (House, Kessler & Herzog, 1990).[214]

Quando as restrições crônicas são analisadas de forma diferenciada conforme o *status* socioeconômico, conhece-se que a duração e a qualidade de vida dos seres humanos não está determinada por um destino biológico ou demográfico. A tese da piora da qualidade de vida nos anos de vida prolongados às custas do progresso médico é válida apenas para as populações pertencentes aos extratos socioeconômicos inferiores. Esse conhecimento implicaria direcionar as políticas de saúde no sentido da promoção da saúde de forma coletiva e do alcance de maior eqüidade em resultados de saúde.

A formulação de políticas intersetoriais fundadas no conceito ampliado de saúde – como aquele incorporado à constituição brasileira – ou mesmo a introdução de ações preventivas de escopo menos abrangente não implicam, de forma imediata, a redução de gastos e, por isso, são preteridos. A operacionalização do enfoque ampliado pressuporia até nova abordagem para gastos em saúde, mas não está dado previamente se maiores ou menores.

Na discussão internacional quanto aos gastos e custos crescentes da atenção médica, diversos fatores são arrolados. A expansão dos gastos é ponderada, com maior freqüência, como sendo motivada: pela extensão de cobertura da proteção à saúde e ampliação da oferta de serviços médico-sanitários; pelo envelhecimento populacional e transformação na estrutura de morbi-mortalidade; pelo desenvolvimento da tecnologia médica e intensificação dos cuidados; pela variabilidade das condutas médicas; e, enfim, pela dominância dos prestadores.

Extensão de cobertura

Na maioria dos países da OECD, a atenção à saúde, assim como a educação, foi e é julgada um direito de todos os cidadãos. Entende-se que a garantia do direito à saúde não pode ser deixada ao mercado privado, no qual cada um compra

214 Esses autores encontraram por exemplo que as pessoas entre 35 e 40 anos do estrato econômico mais baixo apresentaram um nível de doenças crônicas e restrições similar àquele da população de 75 anos e mais do estrato socioeconômico mais elevado. O que demonstra que nos grupos sociais de maior renda já ocorreu uma compressão da morbidade para idades mais avançadas.

conforme sua disponibilidade de recursos financeiros. A universalização do direito à saúde decorreu de processos históricos e sociais, nos quais a mobilização dos trabalhadores organizados pela melhoria das condições de vida foi de fundamental importância.[215] O propósito principal da extensão dos seguros sociais de saúde compulsórios ou de sistemas nacionais de saúde com a universalização do direito à saúde foi prevenir a situação em que pessoas permaneçam sem cuidados em decorrência da falta de condições financeiras para pagá-los quando da necessidade de sua utilização.[216]

Com isso, foram criados sistemas sociais de proteção, na forma de seguros sociais compulsórios ou de sistemas públicos nacionais de saúde, que estenderam, pouco a pouco, a cobertura ao conjunto da população, universalizando a proteção. Entre os membros tradicionais da OECD, quase todos os países, com exceção dos EUA e Suíça,[217] experimentaram um processo de universalização da cobertura de esquemas públicos de proteção à saúde. Em sua maioria, essa proteção foi universalizada antes dos anos 70 (Abel-Smith, 1996).

A expansão de gastos segue-se à extensão da cobertura como conseqüência direta da facilitação do acesso e do aumento do número de possíveis consumidores. O asseguramento obrigatório e a cobertura pública universal, contudo, não produzem maiores gastos que o consumo por meio de seguros privados. A curto prazo, o asseguramento público tende a aumentar gastos, mas estes sistemas em geral são mais vantajosos, a longo prazo, em termos financeiros. Por facilitar o controle, os gastos dos seguros compulsórios vêm a ser menores do que os produzidos pelo asseguramento voluntário privado. O Reino Unido foi um dos países em que a cobertura universal foi garantida mais cedo pela via legal. Nos anos 50, argumentava-se que a universalização levaria a consumo descontrolado. Mas já no início dos anos 60 observou-se que a participação dos gastos totais em saúde no PNB tinha sido reduzida. Essa proporção tem-se mantido, até o momento, em níveis mais baixos, quando comparada a outros países no mesmo patamar de industrialização (Lobato, 1997). O exemplo dos EUA, mostra que a solução via mercado implica prêmios e gastos mais altos que os do asseguramento compulsó-

---

[215] A universalização do direito à saúde é parte do processo de construção dos *welfare states*. Para uma boa discussão e compreensão sobre a origem e expansão dos *welfare states*, ver Fleury, 1996.

[216] A exigência de asseguramento decorre também de característica essencial do cuidado de saúde: é raro que sua necessidade possa ser prognosticada. Atualmente, os cuidados de saúde são onerosos demais para que possam ser pagos no ato com os próprios recursos do usuário e muitas famílias não têm condições de custear prêmios de seguros privados. Os seguros privados, cujos prêmios são definidos com base no risco de adoecer, oneram de maneira excessiva aqueles que mais necessitam de proteção – idosos e doentes crônicos, sem falar nos menos favorecidos economicamente.

[217] A Suíça vem caminhando nessa direção e, mesmo nos EUA, têm sido formuladas propostas governamentais para garantir a universalização. A Turquia tem planos para alcançá-la antes do próximo milênio.

rio regulado. Colocar o asseguramento da saúde no domínio dos gastos públicos tem possibilitado uma expansão mais moderada dos gastos.

Envelhecimento populacional

Embora o envelhecimento populacional seja tradicionalmente apontado e evocado pela sua visibilidade como o principal argumento da necessidade de controle de gastos, diversos autores têm demonstrado que este fator não influencia de forma determinante a dinâmica atual de evolução dos gastos em saúde (Scitovsky, 1988; Fuchs apud Abel-Smith, 1996; Schwartz & Busse, 1994; Gerdtham, 1993).[218]

Nas justificativas de medidas de contenção, apresentadas por governos conservadores, empresários e liberais, afirma-se ser imperativo o controle de gastos, pois a evolução demográfica, ao produzir uma população cada vez mais idosa e existindo proporção cada vez maior de velhos, levaria à contínua expansão dos gastos em saúde, tornando impossível financiá-los de maneira solidária. O desenvolvimento demográfico seria o componente que detonaria a explosão de gastos em saúde.

Nos países industrializados, o envelhecimento demográfico é resultado de longo processo, de mais de um século, de redução gradual da mortalidade e de queda da natalidade. A redução da mortalidade por si só não faz aumentar a proporção de velhos em uma população, mas produz ganhos de vidas humanas em todas as idades, em particular, entre os mais jovens, aumentando a proporção destes em um primeiro momento. O que pesa de modo decisivo para o envelhecimento da população é a queda da fecundidade. A mudança da estrutura etária populacional com a acumulação progressiva de proporção de pessoas em idade mais avançada somente sucede ao declínio da mortalidade se houver diminuição concomitante no número de nascimentos (Berquó, 1980).

O argumento relativo ao envelhecimento populacional não é de todo desprovido de fundamento, mas não tem o mesmo sentido para o seguro social de doença e para a previdência social, na qual a relação contribuintes/beneficiários declinaria pouco a pouco, fazendo com que um número decrescente de jovens fosse obrigado a financiar proteção a um número de velhos progressivamente maior. O envelhecimento populacional traz conseqüências para as condições de saúde e bem-estar em razão de o risco de adoecimento aumentar com a idade, com repercussões nos indicadores de mortalidade. Os estudos a respeito da transição demográfica demonstram o rápido crescimento da proporção de mortes por doenças crônico-degenerativas – em particular, as cardiovasculares e os tumores – paralelamente ao claro declínio das doenças infecciosas e parasitárias.

---

[218] Em especial nos países que completaram a transição demográfica.

Isso não significa, porém, que a mortalidade por essas doenças venha aumentando de modo gradual. Ocorre que as taxas de mortalidade por doenças crônico-degenerativas é maior em faixas etárias mais elevadas (Possas, 1993). Considerada a proporção de mortes, observa-se aumento da importância das doenças crônico-degenerativas em virtude da redução das doenças infecciosas e parasitárias. Contudo, quando se relaciona a mortalidade com a população e se avalia o risco de morrer por diferentes tipos de causas, verifica-se ter ocorrido redução para o maior número de causas, não apenas para as infecciosas e parasitárias.

Estudos relativos à mortalidade adulta nas economias desenvolvidas têm demonstrado que taxas específicas por idade para diversas doenças crônico-degenerativas estão declinando.[219] Tais pesquisas mostram que, quando a mortalidade cai, as taxas específicas também declinam nos grupos etários até 60 anos tanto para as doenças infecciosas como para as crônico-degenerativas (Murray, Yang e Qiao apud Possas, 1993).[220]

Também se leva em conta o fato, há muito reconhecido, de as pessoas necessitarem mais cuidados de saúde ao envelhecer. Em diversos países tem sido demonstrado que os gastos com atenção à saúde são três vezes maiores para homens entre 65 e 74 anos do que para aqueles entre 15 e 44 anos. Além disso, idosos com 75 anos ou mais gastam o dobro do que os membros do grupo entre 65 e 74 anos (Sandier apud Abel-Smith, 1996). Na Alemanha, os gastos *per capita* com pessoas maiores de 65 anos constituem o dobro daqueles com pessoas entre 45 e 65 anos (Schwartz & Busse, 1994).

Maiores gastos em saúde para as idades mais avançadas, todavia, não estão diretamente relacionados ao envelhecimento populacional, mas à intensificação dos cuidados nos últimos anos de vida. Cerca de um quinto dos gastos em saúde é efetuado no último ano de vida da pessoa, independente de sua idade. Estudos mostram que o aumento dos custos concernentes aos cuidados de saúde relacionados à idade pode ser explicado, quase que na íntegra, pelos custos dos cuidados de saúde prestados às pessoas que morrem no espaço de um ano e que essas despesas estão concentradas no último ou nos dois últimos meses de suas vidas (Fuchs apud Abel-Smith, 1996). Assim, não se pode afirmar que quanto mais velha a população maiores serão os gastos em saúde. Os gastos em saúde concentram-se no último ano de vida, mas não são diretamente relacionados à idade.

---

219 Possas (1993) contudo adverte que não se deve tirar conclusões apressadas destes estudos, aplicando-os aos países em desenvolvimento com o intuito de defender que não é preciso preocupar-se com o aumento de doenças crônico-degenerativas, como fazem os organismos internacionais que propõem cestas mínimas.

220 Nas economias desenvolvidas, por exemplo, as taxas de mortalidade para algumas doenças cardiovasculares têm inclusive declinado e seu desfecho advém em idades mais avançadas. As mortes por doenças cardiovasculares no Brasil ocorrem em idade mais precoce, além de as taxas de mortalidade serem mais elevadas do que nos EUA, por exemplo (Chor et al., 1995).

Além disso, ao contrário do que se acredita, os gastos com idosos de 80 anos ou mais podem ser mais baixos do que aqueles com pessoas menos velhas (65 a 79 anos). Uma pesquisa feita nos EUA mostrou que os gastos com pessoas que morrem com 80 anos ou mais representam apenas 80% dos gastos efetuados com pessoas que morrem entre 65 e 79 anos. Em idades muito avançadas, o gasto não apenas é menor, como a composição do gasto também é diferente, pois se concentra em cuidados domiciliares – médicos e enfermagem – (Scitovsky, 1988). Os resultados desse estudo mostram que o adoecimento grave de pessoas de idade não muito avançada leva a emprego mais intensivo de tecnologias onerosas do que para as de idade avançada, além de sugerirem que a elevação da expectativa de vida para além dos 80 anos poderia resultar em diminuição dos gastos em saúde, ou pelo menos que os gastos em idades avançadas não aumentam progressivamente com a idade.[221]

Os efeitos das mudanças demográficas nos gastos com cuidados de saúde foram freqüentemente superestimados. Pesquisas mais recentes feitas para os países de industrialização avançada têm demonstrado a pequena participação do fator envelhecimento na evolução dos gastos em saúde. Em 20 anos, este foi responsável por apenas 8% do crescimento dos gastos do Serviço Nacional de Saúde Britânico. Estimativas para Holanda e França apontam ser o envelhecimento populacional responsável por apenas 0,3% de aumento dos gastos de saúde por ano (Abel-Smith, 1996). Na Suécia, a evolução demográfica foi responsável por menos de um quarto do aumento dos gastos com saúde entre 1970 e 1985. Contabilizado por ano, o aumento de gastos explicados pelo fator demografia foi de apenas 0,8% e, para o período de 1985 a 2005, estima-se redução no impacto das mudanças demográficas para 0,3% ao ano (Gerdtham, 1993). Na Alemanha, demonstrou-se que as mudanças demográficas condicionaram aumento de 0,2% na utilização e de 0,5% nos gastos em saúde ao ano, durante os anos 80 (Schwartz & Busse, 1994).

O envelhecimento da população alemã influi indiretamente nos gastos em saúde devido à 'intensificação dos cuidados' em saúde para grupos populacionais idosos. Os gastos em saúde correspondentes às pessoas de idade mais avançada aumentaram nos últimos 20 anos com maior rapidez do que para os mais jovens, o que pode ser evidenciado por meio da comparação entre os gastos com saúde dos aposentados e dos outros integrantes do Seguro Social de Doença. Em 1970, a parcela de gastos dos aposentados no conjunto dos

[221] Afirmações como esta são evidentemente muito precipitadas. O estudo teria de ser replicado e não é possível prever quais tecnologias estarão disponíveis no futuro. Além disso, no caso do Brasil, em certos hospitais, a ganância financeira associada à falta de ética leva à produção de procedimentos invasivos, mesmo para pacientes terminais de mais de 90 anos de idade, como por exemplo, entubamento e a internação em UTI.

gastos era de 26,7%, apenas levemente mais alta do que a cota de participação de segurados aposentados no GKV (26,1%). Em 1992, a cota de aposentados (27,6%) permanecia similar, porém, sua utilização de serviços de saúde produzia 41,7% dos gastos.[222]

A pouca influência direta, atual e futura do envelhecimento populacional nos gastos em saúde na Alemanha é bem ilustrada quando se observa a evolução demográfica nas últimas décadas. Como se pode verificar na tabela abaixo, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais mantém-se estável, em torno de 15%, desde 1975.[223] Em vista desta estabilidade, não é de se esperar impacto explosivo do envelhecimento populacional nos gastos em saúde.

Tabela 20 – Proporção de pessoas com 65 anos ou mais.* Países selecionados – 1960, 1976 e 1990

Países	1960	1976	1990
Alemanha	10,2	14,7	15,3
Áustria	12,2	15,1	15,1
Canadá	7,6	8,7	11,5
EUA	9,2	10,7	12,6
França	11,6	13,5	14,0
Itália	9,2	12,5	15,3
Japão	5,7	8, 1	12,0
Reino Unido	11,7	14,2	15,7
Suécia	11,8	15,4	17,8
Suíça	10,7	13,4	15,0

*% da população total.

Fonte: OECD, 1993b.

Cálculos referentes à evolução da taxa média de contribuição do GKV prognosticam elevação das mesmas, condicionadas pela evolução demográfica, em apenas 1,3 pontos percentuais entre 1993 e 2005 (Gerlinger & Schönwälder, 1996). Pode-se afirmar, portanto, que os efeitos da evolução demográfica no aumento dos gastos em saúde, ainda que relevantes, não são tão importantes quanto parecem em análise mais apressada (ou ideologicamente mais intencionada). Os efeitos do envelhecimento populacional tendem a reduzir conforme se completa o ciclo da

[222] Os gastos com os aposentados que mais aumentaram foram os referentes a medicamentos e internações hospitalares. Em 1992, 54,3% dos gastos com medicamentos e 52,2% dos gastos com internações hospitalares corresponderam ao tratamento de aposentados (SVR, 1994).

[223] Entre 1960 e 1975 observou-se aumento importante desta proporção – quase 50% – mesmo período em que ocorreu maior aumento dos gastos em saúde.

transição demográfica, previsto, na Alemanha, para 2030. Além disso, a curva de custos com os idosos não sobe linearmente ou exponencialmente de acordo com o alcance de idades mais avançadas. Depois dos 80 anos há redução dos gastos com atenção à saúde, em particular daqueles com cuidados invasivos.[224] Embora o crescimento da parcela da população de idade avançada possa vir a influenciar de forma expressiva os gastos com cuidados sociais mais amplos,[225] o envelhecimento não será fator importante no crescimento dos gastos com cuidados de saúde.[226]

Discutir com profundidade o fator envelhecimento populacional permite desmascarar a aparente neutralidade de determinados argumentos empregados na defesa de cortes na área social. Sob o termo envelhecimento populacional subentende-se, em geral, a elevação da expectativa de vida, objetivo amplamente desejado. Como é ambicionado e inevitável e aparece como característica biológica, a consideração do envelhecimento populacional como responsável por gastos crescentes leva à 'naturalização' do problema do incremento dos gastos. Desse modo, confere-se aparente imparcialidade ao argumento de inevitabilidade da contenção. Esta estaria determinada por um 'destino biológico'.

A ênfase no aspecto do envelhecimento populacional tem como conseqüência a conclusão de que não seria possível financiar de modo solidário os gastos em saúde, pois sua evolução fugiria ao controle e independeria da ação de prestadores; dos modos de organização da oferta; de determinado desenvolvimento e de incorporação das tecnologias no setor; ou, mesmo, de outras medidas mais ampliadas de promoção da saúde. O aumento seria incontrolável e o problema insolúvel. Desse modo, a única opção seria cortar, racionar, pois não seria possível gastar tanto para tão poucos resultados. A naturalização leva à inevitabilidade do racionamento. O que atende a exigências ideológicas neoconservadoras, mas não corresponde nem aos problemas setoriais nem às necessidades reais dos pacientes.[227]

---

224 Na Alemanha, ainda que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais possa ser considerada estável, nos últimos anos houve aumento da proporção da população em idades mais avançadas. O grupo de 80 anos ou mais elevou-se de 2,1%, em 1975, para 3,8%, em 1990, e o grupo de 75 anos ou mais passou de 4,8% para 7,2% da população total no mesmo período (OECD, 1993b). Para dar conta das novas necessidades desse grupo populacional, foi criado novo ramo do seguro social para cuidados de enfermagem de longa duração, como referido no capítulo 1.

225 Na Alemanha, a questão do envelhecimento populacional é tema de discussão acirrada principalmente em outras áreas da proteção social, em particular, no que toca às aposentadorias.

226 Além disso, na Alemanha, o impacto das mudanças demográficas sobre os gastos em saúde pode ainda ser menor se for considerado o movimento migratório e a maior taxa de natalidade entre os imigrantes. A maioria das estimativas de projeções de evolução demográfica discutidas de modo ampliado levam em conta um movimento migratório muito baixo. Caso o movimento migratório seja devidamente ponderado, as estimativas indicarão claro rejuvenescimento populacional (Birg apud Schwartz & Busse, 1994).

227 Para Schwartz & Busse (1994), a reclamação sobre os gastos crescentes devido ao envelhecimento da população é irônica inversão de valores. No século XIX, a aspiração era que todas as pessoas alcançassem o seu limite biológico. Agora que este foi atingido ou está próximo na Alemanha, lastima-se como estado de calamidade ou situação de emergência.

A tese de que se necessita de cuidados em demasia com o avanço da idade é, em especial, atrativa em períodos de restrições financeiras e utilizada por neoconservadores que sempre consideraram os sistemas de *welfare* muito caros ou prejudiciais ao livre desenvolvimento das forças de mercado. O aumento da expectativa de vida é um triunfo da sociedade, mas para políticos de saúde neoconservadores tornou-se um iminente desastre (Olshansky, Carnes & Cassel, 1993).

Em síntese, conquanto o tratamento da população com mais de 65 anos de idade incorra em maiores gastos, não se pode responsabilizar o envelhecimento populacional pela elevação dos gastos com saúde na Alemanha. O acréscimo de gastos ocorreu mais devido à intensificação dos cuidados. Isto é, número maior e/ou ações mais caras estão sendo dispensadas aos contribuintes aposentados, o que está relacionado tanto a mudanças e emprego da tecnologia médica quanto à forma de prestação de serviços de saúde, fatores analisados a seguir.

Desenvolvimento da tecnologia médica

Assim como o envelhecimento populacional, o emprego de novas tecnologias médicas tem sido avaliado como das principais causas detonadoras da explosão de gastos em saúde. A expansão tecnológica é ponderada como fator principal para o constante aumento de gastos em saúde, porque a introdução de novas tecnologias produz freqüentemente o aumento de gastos mais do que a sua redução. Costuma-se equiparar as novas e mais caras tecnologias ao progresso médico – apesar de representarem apenas uma faceta deste – e se conclui que, em breve, este se tornará inacessível, não podendo mais fazer parte de esquemas de asseguramento solidário.

Análises mais apuradas mostram, porém, que nem o progresso médico nem a introdução de novas tecnologias leva de forma inexorável ao aumento de gastos. Para Schwartz & Busse (1994), não é tanto o emprego de novas tecnologias que forçosamente provoca a elevação de gastos, mas a forma como estas são introduzidas.[228]

Uma tecnologia pode ser onerosa em decorrência dos altos custos iniciais do equipamento, da exigência de pessoal especializado para empregá-la, do longo processo de pesquisa ou porque, uma vez introduzida, é utilizada de forma inadequada.

As mudanças da tecnologia médica que têm contribuído para a intensificação dos cuidados, associada à complexidade dos casos tratados, têm sido descritas como os principais fatores do aumento dos custos hospitalares. Contudo, estes aumentos não podem ser atribuídos aos avanços do progresso técnico setorial em

---

[228] Com isso, os autores contra-argumentam a proposição de que o progresso médico se tornará impagável.

si, mas sim a dimensões do desenvolvimento tecnológico, aos objetivos pelos quais é impulsionado e à forma específica de incorporação das tecnologias do setor saúde. Há evidências também de que não é tanto a introdução dos mais recentes e onerosos avanços tecnológicos que encarecem os cuidados de saúde, gerando a necessidade de aumento dos orçamentos destinados à saúde, mas sim as mudanças incrementais da tecnologia médica.

Um estudo americano a respeito de custos hospitalares mostrou que um terço da intensificação do cuidado foi ocasionada por novas tecnologias e dois terços por pequenas melhorias tecnológicas e mudanças nos padrões de prática médica: maior número ou maior complexidade de ações empregadas em determinada condição patológica (Ashby & Craig apud Abel-Smith, 1996).

Parte do problema é que novas e caras tecnologias podem ser empregadas de modo que não produzam melhoria de resultado das ações de saúde. Tecnologias mais onerosas podem substituir outras mais antigas, ou ser apenas agregadas sem substituir as usadas antes e os resultados de sua utilização serem os mesmos do emprego da anterior. Novos métodos diagnósticos podem também ser utilizados sem a introdução de abordagens terapêuticas adequadas ou sem influenciar a melhoria do processo terapêutico.

Deste modo, um dos principais problemas com a introdução de novas tecnologias na área da saúde é que podem ser adotadas sem que repercutam em resultados positivos para a saúde dos pacientes, gerando até impacto negativo na eficiência e efetividade da atenção, pois grande parte é difundida mesmo que seu emprego não tenha sido avaliado de modo rigoroso quanto à eficácia e qualidade. A avaliação de tecnologias é prática pouco difundida e, em geral, restrita aos medicamentos. A maioria é introduzida antes de avaliação crítica e das recomendações de comissões de especialistas ou de sociedades de especialistas.

Muitas tecnologias hoje utilizadas nunca foram avaliadas.[229] Não é raro o abandono ou a restrição do emprego de tecnologias após longos períodos de uso por ter sido comprovada sua inefetividade ou a possibilidade de produção de graves danos (Abel-Smith, 1996).[230] Quando são avaliadas, o processo é tão demorado que são implementadas antes de as recomendações terem sido elaboradas. Além disso, essas recomendações costumam derivar de estudos produzidos sob enco-

---

229 Na União Européia, são requeridas hoje evidências de efetividade apenas para medicamentos. A responsabilidade para estabelecê-las é do produtor e as indicações para o uso devem ser aprovadas pelas autoridades competentes. Nos EUA, a Food and Drugs Administration (FDA) tem avaliado equipamentos e alguns procedimentos.

230 Radiografar fetos foi prática difundida nos anos 30, abandonada depois que se demonstrou que poderia causar leucemia. A amnioncentese foi amplamente utilizada até que se descobriu que poderia causar danos ao feto e a sua utilização foi restringida. Mastectomias totais foram amplamente utilizadas até ser reconhecido que cirurgias localizadas produzem os mesmos resultados.

menda dos produtores de equipamentos, por médicos e instituições científicas cooperantes. Em virtude de estarem articulados aos interesses dos produtores, o objetivo desses estudos é mais comprovar a utilidade do que avaliar a qualidade e elaborar recomendações de emprego. Assim, é comum que a difusão de novas tecnologias decorra não de avaliação crítica, mas de clima favorável da opinião médica e pública de que determinada tecnologia ou procedimento responde a necessidades médicas (Schwartz & Busse, 1994).

Outra razão para que a avaliação de tecnologias seja tão pouco difundida está na dificuldade de estabelecer seu uso apropriado e eficiente. As metodologias são caras e complexas, envolvendo aspectos éticos muitas vezes cruciais. Afora isso, não somente os produtores de equipamentos, mas também os prestadores de serviços têm interesse no emprego não padronizado de tecnologias. Nesse caso, equipamentos capital-intensivos onerosos – cuja amortização apenas é possível com a produção de ações em grande volume – são usados por estarem disponíveis e não porque seu uso resultará em melhor qualidade da atenção.

A necessidade de controle da utilização de tecnologias não decorre só de preocupações com os gastos, mas, principalmente, da qualidade da atenção prestada. Para a decisão de implementação de nova tecnologia em saúde não basta saber se o método é seguro e se afere com acuidade ou realiza aquilo a que se propõe. A questão vital é em que medida o novo procedimento contribui para a melhoria dos resultados e para quais pacientes. Muitas das tecnologias médicas podem ser efetivas unicamente quando aplicadas a pacientes em determinadas situações.

Economistas da saúde alertam para o fato de que, em outro ramos industriais, a maioria das inovações tecnológicas leva à racionalização, com redução de custos, o que não ocorreria no setor saúde. Essa ausência de racionalização aconteceria em razão de a demanda em saúde não ser orientada pelos preços: todas as ações são ofertadas pelos seguros sociais – no caso da Alemanha, pelo GKV –, quase sem participação financeira direta dos pacientes (Meyer apud Schwartz & Busse, 1994; Burger & Kasper, 1998). Esta explicação é o continente de determinado tipo de solução: os pacientes devem pagar para que os preços sejam controlados.

O aumento de gastos que segue a introdução de novas tecnologias não se deve à garantia pública da atenção nem é peculiaridade do setor saúde.[231] Segundo Aaron (1996), para entender o processo pelo qual novas tecnologias produzem aumento de gastos, importa não confundir gastos (*cost*), cujo significado é o conjunto das despesas, e preços. Em qualquer setor da economia, mudanças

[231] A demanda em saúde é inelástica, não acompanha diretamente a variação de preços. Mesmo em raciocínio economicista, a sinalização via preços não seria mecanismo adequado ao controle da demanda em saúde, em razão das características específicas do bem saúde.

tecnológicas diminuem preços, mas costumam acarretar acréscimo de gastos. Uma comparação com a indústria de computadores torna claro que a implantação de novas tecnologias tem levado a reduções notáveis dos preços de produtos, quase que mês a mês, todavia, ao mesmo tempo, a difusão do uso dos computadores tem produzido enorme aumento dos gastos nesta área.

No setor saúde, uma nova tecnologia pode, por vezes, diminuir os preços, mas implicar aumento de gastos, uma vez que a disponibilidade de equipamentos e o fato de o procedimento ser menos invasivo, envolvendo menor risco, estimula aumento do volume de procedimentos produzidos.[232]

De mais a mais, uma característica do setor saúde é que a introdução de novas tecnologias não envolve a substituição de mão-de-obra. Não substitui trabalho (recursos humanos) por capital (equipamentos). Os métodos diagnósticos e terapêuticos inovadores somam-se aos já existentes, as novas tecnologias demandam mais pessoal e profissões que possam operar e interpretar os novos meios tecnológicos, o que encarece a atenção. Assim, por não substituir trabalho por capital, a produtividade do setor saúde avança de forma mais lenta do que em outros setores (Médici, 1994a).

Destacam-se ainda os interesses dos produtores – indústrias farmacêuticas, de equipamentos e insumos médicos – na difusão de novas tecnologias. Os produtores, no afã de abrir novos mercados e aumentar o consumo, criam novas exigências em saúde por parte dos consumidores. Entretanto, a utilização de novas tecnologias não é imposta por parte dos pacientes, que as exigiriam estimulados pelo *marketing* de produtores e prestadores. A maioria dos pacientes (66%) julga que seu médico deve resolver acerca do emprego de equipamentos e tecnologias (Schwartz & Busse, 1994). Para os pacientes, o mais importante, mesmo na Alemanha, continua a ser a qualidade da interação pessoal médico-paciente e não o emprego de equipamentos. Mesmo assim, nas situações em que medidas terapêuticas efetivas existem, os pacientes não desejam renunciar à tecnologia.

Em síntese, um dos fatores mais importantes na elevação de gastos em saúde é o emprego inadequado de tecnologias, ou seja, introdução de tecnologias sem comprovação, utilização não estandardizada e, em geral, sem reflexão suficiente no que diz respeito ao uso individual.

Diversidade de condutas médicas

Outro problema ligado ao emprego da tecnologia é a falta de claro conhecimento de quais ações devem ser produzidas – quais recursos devem ser empregados para o tratamento de determinado paciente. O processo de trabalho em

[232] Uma retirada da vesícula biliar via laparoscópica, reduzindo o tempo de permanência hospitalar, por exemplo.

saúde é artesanal: 'A medicina é arte e não técnica', diriam uns. 'Não existem doenças, existem doentes', diriam outros e apelariam à autonomia no exercício da profissão contra qualquer protocolo ou norma de conduta obrigatória.

A multiplicidade nos padrões de prática médica é citada como problema que produz ineficiências na atenção à saúde. Em inúmeras situações há variedade de opções quanto ao procedimento a ser empregado. Estas, em geral, envolvem delicadas escolhas: entre a intervenção cirúrgica e o manejo medicamentoso ou entre este e a simples observação por certo período.[233] A diversidade de condutas, decorrente da forma de produção do conhecimento médico, do tipo de processo e objetos de trabalho, ou melhor, da falta de condutas normatizadas, aliada a formas específicas de remuneração médica, como o pagamento por unidade de serviço, acarreta a inevitável tentação para intervir e produzir ações desnecessárias.

Há desconhecimento quanto a um cuidado de saúde ser efetivo, apropriado e eficiente no uso dos recursos ou não, tornando-se ainda mais difícil estimar os benefícios prospectivos para um paciente individual. Muitos dos serviços oferecidos podem ser desnecessários, incluindo-se aí, afora o emprego excessivo, aqueles inefetivos ou inadequados. Ações impróprias são aquelas referentes a tratamentos cujos prováveis riscos excedem os prováveis benefícios ou aquelas cujo emprego efetivo diz respeito à condição diferente da apresentada pelo paciente. As estimativas de ações desnecessárias no Canadá variam entre 30% e 60% dos gastos em saúde, ao passo que, nos EUA, estima-se que 30% dos cuidados são inadequados. É provável que estas proporções sejam superestimativas, uma vez que os estudo feitos englobam uma parcela das ações em saúde e não levam em conta que, no caso da abolição das ações desnecessárias, parte delas seria substituída por outras (Abel-Smith, 1996).

Abel-Smith (1996) questiona também se o médico está em condições de conhecer o que é necessário e apropriado. Embora o conhecimento médico seja julgado científico, é muito mais comum que seja presumido ou inferido do que provado. A aceitação de tratamentos quase sempre resultou de relatórios de médicos baseados em suas experiências com pequeno número de casos e não de cuidadosos estudos populacionais aleatórios.

Apenas recentemente têm sido desenvolvidos estudos para definir protocolos de condutas. Estes podem contribuir para diminuir a variabilidade de condutas médicas e o volume de ações desnecessárias e impróprias daí decorrentes, aumentando a qualidade ao definir quais tratamentos e quais etapas do tratamen-

---

[233] Em certas situações, os pacientes optam pela observação. Em estudo realizado nos EUA, pacientes com severos sintomas relacionados à próstata optaram pela observação quando lhes foi dada a chance de escolha informada (Abel-Smith, 1996).

to são necessárias e eficientes, tendo por base os seus resultados.[234] Isso não significa dizer que a medicina poderia operar sem variações com base em especificações precisas. Os casos individuais variam, bem como as condições em que o serviço é prestado, o que, por sua vez, não impede que orientações mais especificadas possam ser aplicadas.

Dominância dos prestadores

Finalmente, nem o envelhecimento populacional nem a difusão de tecnologias médicas onerosas explicaria de maneira convincente porque a carga dos custos de saúde varia de modo tão amplo entre países em níveis similares de desenvolvimento. Importante fator para explicar tais diferenças está na história institucional do asseguramento e da organização da atenção à saúde nos diversos países. Para Abel-Smith (1996), o elemento mais importante para explicar a 'explosão de custos em saúde' em análise de perspectiva de longo prazo é produto da interação histórica entre prestadores e consumidores, que resultou na precedência dos primeiros, em especial, como conseqüência do poder político da profissão médica.

As atuais estruturas dos sistemas de saúde e formas de abordagem para o controle de gastos dependem, de modo expressivo, da força política relativa aos grupos de prestadores e de como suas relações de poder com os governos evoluíram ao longo do tempo. Ainda que os próprios consumidores tenham originalmente se organizado para prover o próprio asseguramento, os prestadores passaram a ter o domínio desta relação por interferência dos governos. Segundo Abel-Smith, os prestadores de serviços seriam os responsáveis pela escalada de preços. Resumindo o seu argumento: os primeiros seguros-saúde organizados pelos trabalhadores (consumidores) para garantir acesso a cuidados custeáveis preocupavam-se em controlar custos. Isto levou à pressão e competição entre os prestadores. Frente a consumidores organizados, os prestadores articulavam-se para defender seus interesses, dando resposta às pressões competitivas dos seguradores que ameaçavam suas rendas e práticas. Quando o conflito tornava-se insuportável, os governos intervinham quase sempre a favor dos prestadores, anulando as medidas de controle de custos propostas pelos consumidores. Desse modo, os prestadores teriam passado a decidir quais cuidados seriam necessários.

---

[234] Importa recordar que quando não formulados por consenso entre especialistas, mas apenas para reduzir custos dos planos de saúde privados, os protocolos podem impedir assistência adequada. É o que pode ocorrer no emprego de protocolos como mecanismo para o controle de gastos pelos seguros privados, a exemplo das *HMOs* americanas e operadoras de planos de saúde atuantes no Brasil.

Em termos econômicos, a relevância dos prestadores na determinação dos aumentos contínuos de gastos com saúde é também decorrente de uma das características do bem saúde: a assimetria de informações (a ignorância do consumidor). O paciente sofre o desconforto, mas desconhece e pouco opina sobre o que deve ser feito. Essa decisão é deixada ao médico. O paciente tem dúvidas sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico. O médico decide o que deve ser consumido, e inúmeras indústrias se desenvolveram para prover o que o médico precisa para os pacientes ou para persuadi-lo de que seus produtos são essenciais (Abel-Smith, 1996).

O diferente desenvolvimento histórico institucional explica, em grande parte, as expressivas diferenças nos gastos *per capita* e nos gastos totais como proporção do PNB entre os EUA e os principais países europeus. Nos EUA, o asseguramento desenvolveu-se de múltiplas formas, sendo quase exclusivamente privado e composto, em boa parte, por seguros organizados pelos próprios prestadores de serviços, com pouco controle sobre gastos e voltado à classe média.

O contraste com os países europeus é imenso. Na Europa, os seguros sociais foram desenvolvidos para operários e o controle de gastos tinha o intuito de manter acessíveis os níveis dos prêmios. Em diversos países, os pagamentos a hospitais e médicos foram negociados pelos governos e/ou seguros sociais com as associações de prestadores. A distribuição de hospitais foi planejada, e a introdução de equipamentos de grande porte programada, evitando-se duplicação. Em muitos países, controles dos preços de medicamentos e esquemas estritos de referência para especialistas pelos clínicos gerais foram desenvolvidos, efetuando-se o pagamento a médicos segundo um modelo de capitação (Abel-Smith, 1996).[235]

Resumindo, pode-se afirmar que o desenvolvimento institucional contribui para esclarecer por que razão os países com nível de vida e renda *per capita* semelhantes apresentam participação de gastos totais em saúde no PNB tão diferenciada. O desenvolvimento institucional explicita as diferenças nos gastos totais, mas não a proporção de gastos públicos. Entretanto, os determinantes da garantia de maior ou menor proteção social devem ser buscados em processos histórico-sociais mais amplos. Em particular, no nível de organização e na capacidade de mobilização, formulação de estratégias e construção de alianças da classe trabalhadora (Esping-Andersen, 1985). A análise das relações entre prestadores e consumidores trata apenas, em primeiro nível de aproximação, da alocação de recursos da economia nacional no setor saúde e não da alocação dos recursos públicos entre diversos setores.

Esse conjunto de considerações a respeito dos diversos fatores que influenciam a evolução dos gastos em saúde sugere, em primeiro lugar, a partir de evidências razoáveis, que o envelhecimento populacional não leva de modo inexorável ao

---

[235] Há evidências de que países cujos sistemas de saúde se organizam com base nesses mecanismos gastam comparativamente menos com saúde, como é o caso tradicional da Grã-Bretanha.

aumento dos gastos em saúde. Da mesma forma que não é necessário que se tornem 'impagáveis' a assistência à saúde e o progresso médico (no bom sentido das expressões 'alívio do sofrimento' e 'prolongamento da vida com boa qualidade'). Sugere também que maior eficiência na prestação de serviços de saúde pode ser alcançada por meio do controle sobre prestadores de serviços e produtores da área da saúde – indústrias de medicamentos, de equipamentos, materiais e insumos médico-hospitalares –, assim como sobre os provedores de seguro (as seguradoras). Todos esses grupos exercem forte influência no consumo de ações médico-sanitárias.

Adequadas avaliações para a admissão de novas tecnologias e produtos em saúde, normatização de condutas, mudanças nas formas de remuneração e contratação dos prestadores podem contribuir decisivamente para uma prestação de ações em saúde mais econômica sem perda da qualidade. Políticas que tiverem por finalidade o alcance de maior eficiência deveriam incluir estas modalidades de medidas de racionalização da oferta. Como será visto a seguir, a meta das políticas de contenção, porém, é mais a redução dos gastos em saúde do que o alcance de maior eficiência ou a melhoria da qualidade da atenção prestada. O objetivo de estabilização das taxas de contribuição para desonerar o fator trabalho leva mais facilmente a cortes e deslocamento de gastos para os segurados do que à diminuição dos custos, uma vez que este é propósito subordinado.

5

Reformas do Seguro Social de Doença nos Anos de 1990

Capítulo elaborado em co-autoria com Hans-Ulrich Deppe, professor e diretor do Instituto de Sociologia Médica da Universidade J. W. Goethe, em Frankfurt.

Há mais de vinte anos, a questão da contenção de gastos tem caracterizado a política de saúde alemã. Desde os anos 70, um dos pontos centrais da política de saúde tem sido a tentativa de estabilização das taxas de contribuição do Seguro Social de Doença. Uma política de subordinação dos gastos às receitas foi assumida: a elevação dos gastos não deveria ser superior à evolução dos salários dos contribuintes, de modo a evitar a majoração das taxas de contribuição e, em conseqüência, dos custos relacionados ao trabalho (BMAS, 1994; Alber, 1992).

O objetivo de estabilização das taxas de contribuição, justificado pela necessidade de evitar aumentos dos custos do trabalho e fortalecer a posição do capital alemão na competição internacional, foi explícito e reiteradamente assinalado nos documentos da coalizão governamental conservadora-liberal para reformulações setoriais (BMAS, 1994; CDU/CSU/FDP, 1996c). Desse modo, as pressões para redução dos custos sociais do trabalho têm tornado as políticas de saúde dependentes da política econômica e dos interesses empresariais de contenção de custos sociais.[236]

As coalizões governamentais – tanto a social/liberal como a democrata-cristã/liberal – promulgaram uma série de leis desde a segunda metade dos anos 70, as quais elevaram sucessivamente a participação dos segurados nos custos, ainda que de forma moderada, e realizaram pequenas correções na estrutura do

[236] Entretanto, a Alemanha apresenta excelente posição como potência exportadora e alto nível positivo da balança comercial. Atualmente, é o segundo país em maior volume financeiro de exportações, situando-se após os EUA e antes do Japão. Em 1995, por exemplo, as exportações globais foram de 5,254 trilhões de dólares; destes, 12 % (625 bilhões) foram exportados pelos EUA e 10% (521 bilhões de dólares) pela Alemanha. A metade das exportações da Alemanha vai para países da União Européia, o mesmo valendo para as importações. A balança comercial entre EUA e Alemanha é positiva para esta última (*Sozialpolitische Umschau*, 213/1997 e 212/1997).

seguro social de saúde (Gerlinger, Giovanella & Michelsen, 1997).[237] Com isso, o sucesso das medidas de contenção foi de curta duração. Sucessivamente, a uma ligeira fase de redução ou estagnação das taxas de contribuição seguiu-se elevação, o que desencadeou nova lei de contenção. Este processo ficou sendo conhecido como 'espiral de leis de contenção' (Gráfico 6 e Quadro 3). Tais intervenções, mesmo que não tenham conseguido estabilizar as taxas de contribuição, fizeram com que a elevação dos gastos públicos com saúde fosse moderada. Os gastos do sistema de Seguro Social de Doença (GKV) mantiveram-se na faixa de 5% a 6% do PIB.

Um dos principais instrumentos das políticas de contenção de gastos no seguro social de doença alemão foi, até o final dos anos 80, a fixação de tetos orçamentários, limitando os gastos por setor de atenção, de forma negociada, corporativa e conduzida pelo Estado. Negociação realizada principalmente por meio de uma câmara setorial, a Ação Concertada em Saúde, da qual participam os principais atores sociais, e por organizações intermediárias de concertação de interesses, as associações de médicos credenciados, de caixas e de outros prestadores.

A Ação Concertada em Saúde foi criada pela primeira lei de contenção importante, a 'Lei de Contenção do GKV' (*KostendämpfunGSGesetz*), de 1977. Consiste em um fórum de aconselhamento, do qual fazem parte os mais importantes atores sociais e setoriais.[238] Mais arena do que ator, dada a diversidade de atores e posições que o compõem, este fórum tem como função analisar a situação, levantar problemas e formular recomendações para a racionalização dos gastos e aumento da eficiência e efetividade do sistema de saúde. Estas recomendações devem ser ponderadas quando da negociação de contratos entre as Caixas e prestadores de serviços. Nesse sentido, a Ação Concertada em Saúde pode ser considerada como um ator que participa da condução do sistema, cujas recomendações, deliberadas por consenso, são tomadas como orientações para as negociações entre as diversas associações. Conforme a legislação, na primeira reunião anual são feitas recomendações para a evolução de gastos setoriais – ambulatoriais, hospitalares e medicamentos. Caso a Ação Concertada não chegue a consenso, essas definições são negociadas entre as Caixas e as respectivas

---

237 Para Borcher (1995), as políticas de contenção dos social-democratas difeririam das dos democrata-cristãos. Os social-democratas teriam maior preocupação com a manutenção da proteção social. Suas políticas visariam mais a conter gastos do que a interferir na estrutura do sistema. Diferentemente, as políticas de contenção conservadoras afetariam a própria estrutura da proteção.

238 Esse tipo de fórum pode ser considerado a contrapartida setorial para a Ação Concertada, criada em 1967 por um governo de coalizão entre democratas-cristãos e social-democratas, com a participação de empregadores, sindicatos, burocratas e outras organizações para discutir e negociar questões mais gerais da economia (Offe, 1994).

associações de prestadores. Na reunião de outono devem ser discutidas recomendações para aumento da efetividade e eficiência.[239]

Na Ação Concertada em Saúde tomam parte prestadores, seguradoras, empregadores, trabalhadores e governo. É composta por 75 membros representantes dos principais atores setoriais: Caixas (14), seguros privados (2), médicos e dentistas (11), hospitais (3), farmácias (3), indústria farmacêutica (4) empregadores (6), trabalhadores (6), governos estaduais e municipais (19) e outras associações (7).[240]

Nos últimos anos, a importância da Ação Concertada em Saúde na formulação da política tem diminuído, seja pela intervenção mais incisiva do legislador, seja pelo acirramento de diferenças de interesses, o que tem dificultado a produção de consenso e, em conseqüência, a possibilidade da formulação de recomendações.

A regulação de gastos e preços por intermédio das associações ocorre ainda em mais dois outros níveis. Em um segundo nível ocorre negociação entre Caixas e prestadores. Além da negociação direta de preços e gastos entre as associações de Caixas e as associações dos diversos prestadores, são organizadas 'comissões conjuntas' em níveis federal e estadual, constituídas paritariamente pelas associações das Caixas e dos Médicos das Caixas, que conformam fóruns de negociação para a garantia de atenção ambulatorial necessária, suficiente e econômica. Em um terceiro nível, a regulação é interna às próprias associações de prestadores – em especial, àquelas dos médicos –, que exercem controle sobre seus filiados para que os acordos sejam cumpridos.[241]

Assim, uma série de atores sociais participa e influencia na formulação e implementação das políticas setoriais. Parte integrante do sistema, essa participação é regulada e tem base em uma forma de intermediação entre Estado e Sociedade neocorporativa, modelo segundo o qual o Estado renuncia a medidas unilaterais e delega responsabilidades para a solução de conflitos e problemas de condução a organizações hierárquicas e de pertencimento obrigatório de fato ou de direito, atribuindo-lhes funções públicas e tornando-as participantes na formulação das opções políticas (Schmitter, 1974; Lehmbruch, 1996). Essa delegação da tarefa pública de proteção aos interessados por meio da regulação da participação corporativa das partes envolvidas é uma das principais características do seguro social alemão. Não apenas trabalhadores e empregadores são responsabilizados

---

[239] Em 1992, foi criado o Conselho de Experts para a Ação Concertada em Saúde, que deve elaborar uma avaliação anual a respeito do setor saúde. O Conselho é composto por sete membros independentes de notório saber na área da saúde ou economia, escolhidos pelo Ministro da Saúde com a participação dos membros da Ação Concertada.

[240] Associações de deficientes, técnicos em saúde, prestadores de outros métodos terapêuticos, consumidores, *Kur*, beneficentes de cuidados e profissões de cuidados (*Pflege*). Além dos membros com direito a voto, listados acima, tomam parte das reuniões da Ação Concertada em Saúde: o ministro da Saúde – que as preside – e representantes de outros Ministérios.

[241] Esses diversos níveis de intermediação de interesses orgânicos ao sistema de atenção foram discutidos em maior detalhe no capítulo 3.

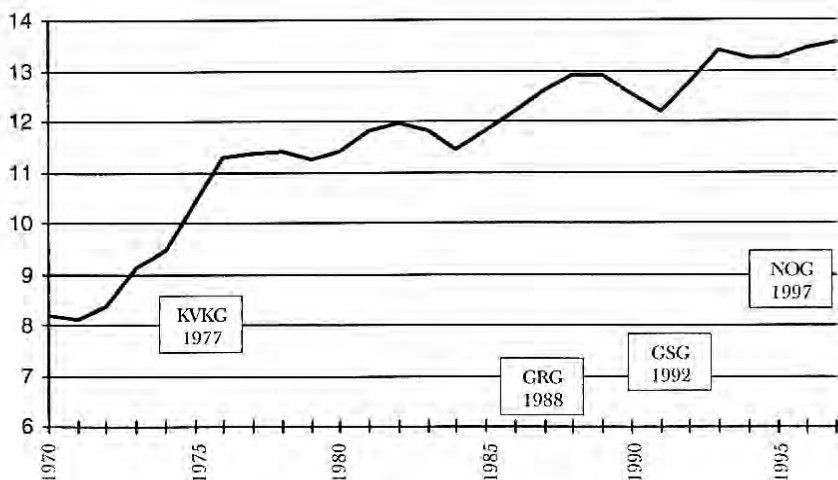
pela proteção, compondo os conselhos de administração dos diversos ramos do seguro social, como também é incentivada a organização corporativa dos prestadores, em especial, no caso da atenção ambulatorial, e delegada aos mesmos a responsabilidade de garantia da atenção.

Os demais instrumentos da contenção durante os anos 80 consistiram em ampliação parcial da competência das Caixas e repetidos acréscimos dos valores de co-pagamento desembolsados pelos segurados. O deslocamento de despesas com tratamento de saúde para os pacientes foi justificado com base na concepção de que um excesso de demanda, para além das necessidades médicas, seria uma das causas principais do aumento dos gastos setoriais. O fortalecimento da 'auto-responsabilidade' por meio da transferência de despesas para o segurados seria, nessa concepção, medida efetiva de controle de gastos.

Por meio dessas diversas medidas, a evolução dos gastos públicos foi moderada, entretanto, produziram redução de gastos por espaços de tempo curtos. Pode-se atribuir a breve duração dos efeitos de contenção, em primeiro lugar, à qualidade dos mecanismos selecionados, os quais não atingiram problemas estruturais do sistema de prestação de serviços. A definição de tetos máximos por setor, um dos principais mecanismos introduzidos, cristalizou a distribuição de recursos entre os diversos setores de atenção, sem levar em conta a necessidade de realocação entre setores nem a introdução de mecanismos adequados para maior integração do sistema de atenção – em particular, entre os setores ambulatorial e hospitalar – que possibilitasse uso mais parcimonioso dos recursos.

Entre outros, a reconhecida dominância dos prestadores na definição de preços e os falsos estímulos à expansão do volume de ações prestadas, como era o caso do sistema de remuneração ambulatorial por unidades de serviço, não foram enfrentados. As medidas relacionadas a problemas na organização da atenção foram, em geral, pontuais.

Os curtos sucessos das leis de contenção devem-se também ao modo de implementação dos mecanismos aprovados. A implementação foi prejudicada em virtude de: baixa competência legal das Caixas para intervir na prestação de serviços; competição e conflitos entre as Caixas; reações dos prestadores, que rapidamente se adaptaram aos novos mecanismos e encontraram brechas e formas de fazer valer seus interesses, 'burlando', de certo modo, as medidas de contenção; e, por fim, insuficiência de pressão estatal no sistema de negociação (Reiners, 1993a; Stegmüller, 1996a).

Gráfico 6 – Taxas de contribuição médias anuais do GKV. Região Ocidental

Fonte: SVR, 1994; BMG, 1995b. Para 1995 e 1996, BMG, 1996. Para 1997, foi utilizada a taxa de janeiro de 1998; BMG, 1998b.

Este foi o ritmo da política de saúde até o final dos anos 80, quando a coalizão conservadora-liberal iniciou processo de reforma que consistiu, até o final dos anos 90, de três etapas: 1) Lei da Reforma da Saúde (*Gesundheitsreformgesetz - GRG*), de 1988; 2) Lei da Estrutura da Saúde (*Gesundheitsstrukturgesetz - GSG*), de 1992; 3) Leis de Reordenação do GKV – 1. und 2 (GKV - *NeuordnunGSGesetz - NOG*), de 1997.[242]

Importante corte nesse ritmo foi marcado pela Lei da Estrutura da Saúde (*Gesundheitsstrukturgesetz – GSG*) de 1992. A lei resultou de uma 'grande coalizão' setorial que uniu democrata-cristãos e social-democratas, tendo sido promulgada sem a participação do partido liberal (FDP). A orientação da política contencionista foi alterada com essa legislação, a qual, além de incluir componentes tradicionais de contenção, mudou o sistema de incentivos à prestação, provocou impacto nos interesses dos prestadores e modificou um dos elementos característicos da organização da proteção segundo o modelo de seguro social, que era a adscrição diferenciada compulsória dos trabalhadores conforme sua inserção na produção, possibilitando a liberdade de escolha da Caixa de Doença para a maioria dos contribuintes.

[242] Esses são os anos de promulgação das leis que entraram em vigor em janeiro dos anos subseqüentes – 1989 e 1993 –; por isso, aparecem, por vezes, datas diferentes no texto, dependendo da referência à data da vigência ou da promulgação da lei.

Quadro 4 – Cronologia das Principais Leis de Contenção Promulgadas

Principais Leis de Contenção	
1972	Lei do Financiamento Hospitalar (*Krankenhaus- FinanzierunGSGesetz)*
1977	Lei de Contenção do GKV (*GKV-KostendämpfunGSGesetz – KVKG*)
1981	Lei de Contenção Hospitalar (*Krankenhaus-KostendämpfunGSGesetz – KHKG*)
1981	Lei Complementar à Contenção no GKV (*Kostendämpfungs-ErgänzunGSGesetz —KVEG*)
1984	Lei de Reordenação Hospitalar (*Krankenhaus-NeuordnunGSGesetz – KHNG*)
1988	Lei da Reforma da Saúde (*Gesundheitsreformgesetz – GRG*)
1992	Lei da Estrutura da Saúde (*Gesundheitsstrukturgesetz – GSG*)
1996	Lei de Alívio da Contribuições (*BeitragsentlastunGSGesetz)*
1997	Leis de Reordenação do GKV (1. und 2. GKV-*NeuordnunGSGesetz – NOG*)
1977 a 1996	Cerca de 50 leis relativas ao GKV, com mais de 7.000 parágrafos

Tal processo crescente de mudanças legislativas, 'a reforma da saúde e suas três etapas', é discutido a seguir. Inicialmente são apresentadas, de modo sucinto, as duas primeiras etapas – a Lei da Reforma da Saúde (GRG) e a Lei da Estrutura da Saúde (GSG), para então analisar-se, em maior detalhe, a 'terceira etapa', Leis de Reordenação do GKV (NOG), promulgadas em 1997. São apresentadas as propostas dos principais atores sociais, discutidas suas posições e analisadas as medidas aprovadas na lei da 'terceira etapa'.

Distinta fase na política de saúde alemã tem início, ao final de 1998, quando uma nova coalizão governamental, composta pelos partidos social-democrata e verde,[243] assumiu o poder. Logo após a sua vitória eleitoral, foi aprovada legislação preliminar, a Lei da Solidariedade no GKV (*GKV-Solidaritätsgesetz*), suspendendo as mais importantes restrições introduzidas com a 'terceira etapa' e definindo regulamentações de curto prazo. De modo simultâneo, iniciou-se processo de discussão para nova reforma, tendo sido aprovada em dezembro de 1999 a Lei da Reforma do GKV 2000 (*GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000*), redirecionando o processo de reformas da proteção social alemã.[244]

243 SPD (*Sozialdemokratische Partei Deutschland*), partido social-democrata; partido verde (*Grünen/Bündis 90*).

244 O presente estudo tem como foco o processo de reformulação impulsionado pela coalizão conservadora-liberal e foi realizado no período de 1996-1998. Desse modo, a referência a esta legislação mais recente será breve.

Lei da Reforma da Saúde (Gesundheitsreformgesetz-GRG)

A decisão a respeito da necessidade de reforma do Seguro Social de Doença alemão não foi imediata à posse da coalizão formada em 1982 por democrata-cristãos-liberais – CDU/CSU e FDP.[245] Apenas no outono de 1985, sob a pressão de novos aumentos das taxas de contribuição, a coalizão governamental resolveu encaminhar uma discussão que visava a desenvolver uma concepção de reforma capaz de estabilizar por longo prazo as finanças do Seguro Social de Doença (*Gesetzliche Krankenversicherung - GKV*)–, cuja legislação deveria ser promulgada na próxima legislatura (Perschke-Hartmann, 1992).[246]

Em janeiro de 1989, entrou em vigor a Lei da Reforma da Saúde (GRG), a primeira etapa da reforma que esta coalizão governamental buscava implementar.[247] Tendo como prioridade máxima a estabilidade das taxas de contribuição, mediante essa lei, pretendia-se aliviar o GKV em 14,5 bilhões de marcos anuais. Metade dessas economias deveria redundar em redução das taxas de contribuição dos segurados e a outra metade seria utilizada na ampliação e melhoria de benefícios, em particular os cuidados de longa duração para pacientes com dependência/necessidade severa (Eberle, 1998).

Por meio da Lei da Reforma da Saúde (GRG), reorganizou-se o direito sanitário. Toda a legislação social foi agrupada e sistematicamente reordenada de forma a compor o Livro V do Código Social; daí a sua denominação.

A Lei da Reforma da Saúde – lei proposta e aprovada pela coalizão governamental conservadora-liberal – adotava como motes: 'redefinir a solidariedade', 'fortalecer a auto-responsabilidade' e 'criar mais eficiência' (Blüm, 1988). A maioria das medidas aprovadas permaneceu na tradição das leis de contenção, restringindo gastos. O ponto central esteve na reformulação da cesta de serviços cobertos mediante determinados cortes em ações curativas,[248] aumento de co-pagamento e favorecimento de ações preventivas e de promoção da saúde. Foram incluídas ações tidas como necessárias e não contempladas até então, em especial, as de

245 CDU (*Christliche Demokratische Union*), partido democrata-cristão; CSU (*Christliche Soziale Union*), partido social cristão (menos importante, é um partido regional da Bavária/Munique); FDP (*Freidemokratische Partei*), partido liberal.

246 Dez teses foram então lançadas por Norbert Blüm, ministro do Trabalho e Ordem Social responsável pelo seguro social de doença na época, e rejeitadas pela Ação Concertada em Saúde.

247 Esta lei foi tida inicialmente como a 'primeira' reforma da saúde 'de fato'. A diversidade e o embricamento de interesses setoriais tinham sido, até então, ponderados como impeditivos de reforma (BMAS, 1994).

248 Restrições ocorreram na forma da instituição de restituição de apenas 50% das despesas com próteses dentárias, bem como a criação de subsídios fixos para óculos e aparelhos de audição.

promoção, um dos aspectos considerado dos mais positivos na Lei, e as preventivas, como profilaxia dentária para crianças e jovens, *screening* para doenças cardiovasculares e renais para adultos. Cuidados de longa duração para pacientes com perda de autonomia e grau de dependência severo passaram a ser responsabilidade das Caixas.[249]

Na assistência farmacêutica, com o intuito de controlar gastos com medicamentos, estabeleceu-se um sistema de definição de preços máximos (*Festbetrag*), negociados entre Caixas, indústria farmacêutica e farmácias, a serem pagos pelas Caixas às farmácias. Segundo esta sistemática ainda vigente, se o preço do medicamento for mais elevado do que o valor máximo fixado, o médico deve informar ao paciente que está receitando medicamento de preço superior e o segurado arcará com a diferença; entretanto, o preço da maioria dos medicamentos se mantém nos limites fixados.

A lei reforçou ainda a competência das Caixas no controle dos serviços prestados por médicos e hospitais e a condução negociada da atenção, definindo novos campos para decisões homogêneas e conjuntas das Caixas. A possibilidade de intervenção das Caixas nas provas de economicidade realizadas por médicos e hospitais foi fortalecida. O Serviço Médico das Caixas foi reestruturado, dando direito a examinar o tipo e a extensão das ações médico-sanitárias prescritas e ou realizadas, com o objetivo de conter a expansão do volume de ações prestadas e controlar fraudes. Foram ainda ampliadas as competências das instâncias conjuntas compostas pelas Caixas e prestadores na definição de normas de qualidade. Todavia, ao regular estritamente as relações entre as Caixas e destas com os prestadores, a lei significou diminuição da autoridade própria de parte das organizações corporativas da administração autônoma; em particular, o poder das Associações de Médicos.

A Lei da Reforma da Saúde foi criticada pela maioria dos atores sociais. Os sindicatos consideraram-na anti-social; os médicos, limite à liberdade de conduta e os empresários, ameaça à indústria farmacêutica e à posição da Alemanha na concorrência internacional. A aprovação da lei apresentada pelo ministro do Trabalho e Ordem Social no Parlamento (*Bundestag*) tornou-se possível em razão dos aumentos ocorridos nas taxas de contribuição, das ameaças de imposição legal de medidas ainda mais restritivas, assim como da introdução de pequenas alterações durante o processo de discussão no Parlamento (Blanke & Kania, 1996).

Embora os preços de medicamentos tenham sido fixados (*Festbetrag*) e os produtores tenham ajustado seus preços ao valor estabelecido, considera-se que as perdas da indústria farmacêutica foram compensadas pelos medicamentos não incluídos no sistema[250] e que tiveram seus preços majorados, não tendo sido pos-

---

249 Estes encargos vinham sendo financiados com recursos fiscais dos estados e municípios.

250 Por influência principalmente da indústria farmacêutica e do partido liberal, apenas 60% dos medicamentos foram incluídos no sistema; anteriormente fora proposta a inclusão de 80% (Perschke-Hartmann, 1992).

sível controlar esse tipo de gastos. Os segurados, por sua vez, antecipando-se às restrições e aumentos do co-pagamento, compraram óculos e completaram suas próteses antes de a lei vigorar, o que produziu elevação desses gastos em 1988 (tabela 22). Assim, no ano seguinte, os resultados da contenção já estavam quase dissipados (Eberle, 1998; Reiners, 1993a).

Ainda que tenha sido ineficaz na contenção a médio prazo, a lei produziu imediatamente o controle dos gastos do GKV, que foram inferiores em 1989 aos do ano anterior, possibilitando a redução da taxa média de contribuição em 0,4 pontos percentuais em 1990, ano em que o valor alcançado foi de 12,53%, e de mais 0,3 pontos no ano seguinte, ficando em 12,2% a taxa média de contribuição em 1991.

Tabela 21 – Variação anual em % dos gastos do GKV em setores de atenção selecionados, dos salários médios e dos preços em geral.* Alemanha (Região Ocidental) – 1987-1997

Atenção	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Ambulatorial	3,3	3,3	4,6	7,6	9,7	8,2	3,3	4,0	3,6	3,0	2,1
Hospitalar	4,6	0,7	3,4	9,3	10,2	9,8	5,6	7,7	3,8	-0,3	2,3
Odontológica	2,9	4,4	0,0	6,2	11,7	11,3	2,5	4,7	1,3	7,8	1,6
Próteses Dent.	-8,9	53,6	-49,6	-0,4	16,0	21,9	-28,2	15,5	7,1	11,0	2,2
Farmacêutica	7,2	8,2	-1,1	8,0	12,1	10,6	-19,5	4,9	7,4	6,9	-3,9
Outros Meios**	8,7	13,5	12,1	7,7	15,0	12,0	1,1	13,4	10,0	9,2	-3,8
Auxílio-Doença	7,5	5,3	-0,1	13,2	16,7	7,9	-0,9	7,6	14,2	-2,0	-21,2
Total Ações	4,3	7,7	-3,8	8,9	13,0	10,7	-1,1	7,5	4,9	3,2	-1,9
Salário Médio[251]	3,4	2,7	2,7	4,6	6,2	5,7	3,8	2,0	3,6	#1,9	-
Preços	0,1	1,1	2,9	2,7	3,7	4,1	3,7	2,8	1,7	#1,3	-

*Preços da cesta de uma família de quatro pessoas com renda média. **Outros meios: inclui *Heil-und Hilfsmittel*. #Diferença em relação ao primeiro semestre do ano anterior. Fonte: BMG, 1996; para os anos de 1987 a 1989, cálculos próprios; para 1996 e 1997 (resultados preliminares), http://www.bmgesundheit.de; para preços e salários, Schäfer, 1996a.

251 A confrontação com os salários, mais do que com as taxas de contribuição, possibilita avaliação da evolução de gastos em comparação com a das receitas potenciais. Embora estes aumentos não se refiram aos salários de contribuição, permitem comparação aproximada.

No entanto, o GKV apresentou novo déficit ainda em 1991. A redução das taxas de contribuição por conta do superávit do ano anterior e mais o crescimento de gastos da ordem de 10%, contra elevação das receitas de apenas 5%, fez com que o ano de 1991 fosse fechado com importante déficit, esvanecendo-se o efeito de contenção.

Estes efeitos decorreram também da unificação alemã. A extensão do seguro social de doença para a Região Oriental, a partir de janeiro de 1991, teve expressivas conseqüências financeiras apenas para o GKV. Tanto recursos fiscais como de contribuições foram aplicados na Região Oriental para adequação dos sistemas de proteção e atenção ao modelo ocidental. Embora preços e honorários proporcionalmente mais baixos tenham sido acordados para a Região Oriental, em correspondência ao potencial mais baixo de arrecadação da região por conta do nível inferior de salários, a oferta e a utilização dos serviços e, em conseqüência, a evolução de gastos aproximaram-se rapidamente daquelas da Região Ocidental.

Quadro 5 – Receitas, despesas, saldo anual* e taxas médias anuais de contribuição** do Seguro Social de Doença. Alemanha, Região Ocidental – 1988-1997; Região Oriental – 1991-1997

Ano	Receitas	Despesas	Saldo Oeste	Saldo Leste	Saldo Total	Taxa Média Oeste	Taxa Média Leste
1988	132.639	134.376	-1.737			12,90	
1989	139.682	129.927	9.755			12,90	
1990	147.753	141.654	6.099			12,53	
1991	154.221	159.814	-5.593	2.773	-2.820	12,20	12,80
1992	167.778	176.876	-9.098	-256	-9.354	12,74	12,61
1993	184.421	175.362	9.059	1.355	10.414	13,41	12,62
1994	194.181	192.120	2.061	116	2.177	13,23	12,95
1995	212.233	217.352	-5.119	-1.836	-6.955	13,24	12,82
1996	219.700	224.340	-4.640	-2.140	-6.780	13,43	13,28
1997	220.750	219.350	1.400	-300	1.100	***13,56	***13,95

*Em milhões de marcos correntes. **Em % dos salários de contribuição. ***Janeiro de 1998.
Fonte: BMG, 1996 T.10.9 e T.10.11; para 1996 e 1997, http://www.bmgesundheit.de em 11.06.98.

Os efeitos de contenção da Lei da Reforma da Saúde (GRG) duraram apenas dois anos. Em 1991, o déficit da Região Ocidental alcançou 5,6 bilhões de marcos e, em 1992, o GKV ostentou o maior déficit nominal de sua história recente: mais de 9 bilhões de marcos (Quadro 5).[252]

[252] Não é possível ampliar as considerações a respeito do nível de déficits ao longo da história, pois maiores déficits têm a ver também com relutância em aumentar taxas de contribuição. Em anos anteriores, acréscimos de gastos poderiam ter sido cobertos por elevações nas taxas de contribuição, reduzindo-se os déficits.

Lei da Estrutura da Saúde (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG)

Logo depois da entrada em vigor da Lei da Reforma da Saúde (GRG) já se avaliava que os principais problemas de organização, financiamento e prestação de serviços do GKV haviam permanecido sem solução (Wanek, 1994). Ao início de 1992, a coalizão governamental apresentou pacote de contenção após aumento das taxas de contribuição em decorrência do alto déficit do GKV. Após duras críticas, em contexto econômico adverso – o *boom* da unificação havia se dissipado e o desemprego era crescente – e de pressão acentuada para redução dos custos sociais do trabalho, evitando minar sua política de modernização voltada para a competição internacional (Bieling, 1996), a coalizão governamental foi obrigada a negociar. Uma 'grande coalizão específica'[253] foi constituída e, em poucas semanas, formulada a Lei da Estrutura da Saúde (*Gesundheitsstrukturgesetz - GSG*). Resultado do compromisso com a oposição social-democrata, a lei foi votada e aprovada quase sem alterações, em menos de dois meses; mesmo contra a resistência de vários grupos (Bieback, 1993).

A lei incluiu uma série de componentes das políticas de contenção tradicionais, de acordo com o objetivo estrito de estabilização das taxas de contribuição. Adotou a orçamentação com definição de tetos máximos prefixados para os principais setores de atenção (cuidados hospitalares, médico-ambulatoriais e dentários, prescrição de medicamentos e outros meios terapêuticos), acoplados à evolução das receitas de contribuição.[254] As taxas de co-pagamento para internações hospitalares, medicamentos e próteses dentárias foram majoradas (Graf von der Schulenburg, 1994; Stegmüller, 1993 e 1996a; Braun, 1995).

O acordo entre social-democratas e democrata-cristãos, todavia, possibilitou a aprovação de lei abrangente, a qual se diferencia das leis de contenção anteriores por componentes 'estruturais' relativos à organização da proteção à saúde, e por incluir medidas com potencialidade de impacto na estrutura de atenção e interesses dos prestadores de serviços – indústria farmacêutica, médicos, hospitais – por estímulos diferenciados para a prestação.

A Lei da Estrutura da Saúde (GSG), segunda etapa da reforma, modificou regras de organização do GKV: ampliou a liberdade de escolha da Caixa por parte dos segurados e criou mecanismo de compensação da estrutura de riscos entre as Caixas, visando a estabelecer a competição entre elas; mecanismos estes discutidos em detalhe na próxima seção.

---

253 Denomina-se grande coalizão, exemplo máximo da sociedade do compromisso e da concertação, a aliança de social-democratas e democrata-cristãos, as duas grandes forças políticas/partidos da Alemanha.

254 Com a GSG, pela primeira vez, todos os setores de atenção tiveram tetos orçamentários máximos fixados (Waneck & Stegmüller, 1993).

As principais medidas que alteram os incentivos à prestação referem-se à assistência farmacêutica e ao setor hospitalar. A lei previa a elaboração de 'lista positiva' com todos os medicamentos passíveis de pagamento pelas Caixas. Com a elaboração da lista, todo os medicamentos de efeitos restritos e duvidosos existentes no mercado seriam excluídos do pagamento, o que, afora a contenção dos custos, melhoraria a qualidade da assistência farmacêutica prestada, evitando o consumo de medicamentos inúteis ou de efeito duvidoso.[255] A lista, entretanto, não foi implementada por pressão da indústria farmacêutica.[256] Esta lista, inquestionável instrumento para a melhoria da qualidade da assistência farmacêutica prestada[257] pelas Caixas e com grande potencial de economia,[258] foi abolida, antes mesmo de sua elaboração, mediante projeto de lei enviado pela coalizão governamental ao Parlamento.

Paralelamente à definição de teto orçamentário para a assistência farmacêutica foram previstas sanções financeiras para os médicos. Caso ultrapassassem o limite de gastos previsto para medicamentos, teriam de deduzir de seus honorários valor correspondente. As sanções e tetos, contudo, foram apenas parcialmente implementados.[259]

Na área hospitalar, a GSG redirecionou incentivos ao modificar o sistema de pagamento hospitalar. O sistema de remuneração por diárias uniformes por hospital, calculadas de modo a cobrir todos os custos do hospital, até então vigente, foi substituído por sistema misto que inclui pagamentos prospectivos por casos tratados e diárias por tipo de enfermaria. Entre outras medidas, buscou-se ainda maior articulação da atenção hospitalar e ambulatorial por meio da adoção de pagamentos para atenção pré e pós-hospitalar, cirurgias ambulatoriais e planejamento para equipamentos de grande porte. Com tais medidas, objetivava-se maior eficiên-

---

255 Uma lista negativa, como as restrições acima enumeradas, arrolaria apenas os medicamentos não passíveis de remuneração. A lista positiva é mais adequada, pois cada inclusão requer a análise do medicamento citado. No caso de lista negativa, cada nova especialidade introduzida no mercado é passível de prescrição e de pagamento pelas Caixas.

256 A indústria farmacêutica, na Alemanha, é potente. A indústria química e o setor de máquinas e equipamentos constituem as especializações tradicionais da indústria alemã (Teixeira, 1993).

257 Muitos destes medicamentos são receitados no Brasil, por exemplo: combinações de corticóides e antibióticos tópicos, medicamentos contra hemorróidas, colagogos, combinações de antiácidos, expectorantes etc.

258 Em 1995, os gastos com esse tipo de medicamento foram estimados em 7 bilhões de marcos (Schwabe & Paffrath, 1996).

259 A ameaça de sanção surtiu efeito imediato. Em seis meses, os gastos com medicamentos haviam sido reduzidos em 20%. Contudo, por afetar suas vendas dentro da Alemanha, as pressões da indústria farmacêutica foram tantas e tão fortes que a medida foi abolida, embora tivesse demonstrado ser positiva (Evans, 1996). O autor utiliza o exemplo da política de contenção de gastos com medicamentos na Alemanha para inferir que uma medida de contenção de gastos provavelmente está funcionando, controlando gastos, quando é descrita como efetiva pelos responsáveis últimos do pagamento das contas e é condenada como inefetiva por aqueles cujas rendas serão contidas (Evans, 1996:96).

cia e qualidade da assistência – ao evitar a desnecessária duplicação de exames para o mesmo paciente por níveis ambulatorial e hospitalar –, reduzir dias de internação e oferta desnecessária de equipamentos.

O setor ambulatorial foi alvo de claras medidas restritivas, por intermédio da GSG, pela primeira vez no período pós-guerra (Reiners, 1993). A GSG alterou tanto o volume quanto o sistema de honorários e sua distribuição entre os médicos, produzindo repercussões negativas na renda dos médicos. Além da definição estrita de teto máximo de gastos, os honorários para ações prestadas por médicos generalistas foram reajustados de forma diferenciada, criando-se remuneração básica por caso e tendo sido aprazada para 1995 a definição de complexos de ações, alterando o sistema até então vigente de pagamentos por unidades de serviços. Nova norma para a admissão foi definida, restringindo a admissão de credenciamentos médicos, como compensação ao maior controle dos rendimentos imposto pela lei àqueles já credenciados (Hungeling, 1993).[260]

As medidas da GSG mais importantes dizem respeito a regras de organização do GKV, liberdade de escolha das Caixas pelos contribuintes e criação de compensação financeira entre as Caixas referente à estrutura de riscos de seus segurados, discutidas a seguir.

Liberdade dos segurados para escolha da Caixa

A Lei da Estrutura da Saúde (GSG) faz jus à denominação por alterar uma das características da organização do seguro social. Até então, os contribuintes deveriam afiliar-se obrigatoriamente a certo tipo de Caixa conforme sua inserção na produção. A GSG possibilitou a liberdade de escolha da Caixa para a grande maioria dos contribuintes. A tradicional adscrição com base no *status* do segurado foi quase totalmente abolida.

Desde janeiro de 1996, novos segurados podem escolher entre a Caixa Local da região em que moram ou trabalham e as Caixas Substitutas, possibilidade anteriormente restrita aos empregados. Caixas de Corporações e de Empresas decidem pela abertura ou não para admissão de segurados fora de seu círculo estrito de trabalhadores. As Caixas Rurais e a dos Mineiros e Marítimos permanecem com a clientela tradicional legalmente adscrita. A partir de 1997, passou a vigorar a possibilidade de troca de Caixa para segurados antigos. Por este meio, a maior parte dos segurados (85%) passou a desfrutar da liberdade de escolha da Caixa e da possibilidade de trocá-la anualmente, se assim o desejar.

---

260 As alterações introduzidas pela lei referentes ao setor hospitalar e ambulatorial foram detalhadas no capítulo 3.

Semelhante ampliação da liberdade de afiliação dos segurados representa importante alteração da legislação até então vigente. Com este mecanismo, rompe-se a histórica obrigatoriedade de adscrição dos segurados a determinadas Caixas conforme sua ocupação, eliminando-se as desigualdades de tratamento no que concerne à escolha de Caixa.

Todavia, a liberdade de escolha das Caixas pelos segurados objetivou ampliar a competição entre as Caixas. Na concepção da coalizão governamental, a implementação da liberdade de escolha obrigaria as Caixas a conformar oferta mais atrativa, eficiente e econômica em razão da concorrência por segurados (BMAS, 1994). Todas as Caixas, para permanecerem atraentes a seus membros e seduzir novos, devem mostrar vantagens comparativas.

Compensação financeira da estrutura de riscos

Instaurou-se, ao mesmo tempo, procedimento de redistribuição financeira entre as Caixas para a compensação da estrutura de riscos do coletivo de segurados de cada Caixa (*Risikostrukturausgleich - RSA*). Desse modo, a Lei da Estrutura da Saúde (GSG) criou condições mais adequadas à introdução da competição no interior do sistema. A compensação da estrutura de riscos teve por meta evitar a competição predatória.

As Caixas sempre tiveram taxas de contribuição distintas em decorrência das diferenças de estrutura de riscos de seus segurados relativas a sexo, idade, renda, número de dependentes, morbidade, proporção de aposentados etc. As transferências financeiras buscam compensar essas diferenças e colocar as Caixas em igualdade de oportunidade na competição por segurados agora com livre escolha. Com a introdução do mecanismo, busca-se possibilitar a comparação entre taxas de contribuição, considerado o principal sinalizador de preços, de diversas Caixas pelos contribuintes. A compensação financeira da estrutura de riscos inclui renda dos segurados, número de dependentes, idade, sexo e proporção de aposentados por incapacidade.[261]

---

261 Considera-se também a proporção de contribuintes com direito ao auxílio-doença, critério relacionado especialmente a segurados voluntários.

Quadro 6 – Principais medidas da Lei da Reforma da Saúde (*Gesundheitsreformgesetz* - GRG) de 1988

Direito sanitário	Reorganização do direito sanitário no Livro V do Código Social;
Regras de inclusão	Liberação de operários de altos salários da obrigatoriedade de filiação ao GKV e restrições para o asseguramento de aposentados e autônomos;
Restrições no catálogo	Aumento de valores e alterações no co-pagamento;
	Aumento da participação financeira dos segurados – próteses dentárias;
	Introdução co-pagamento para 'outros métodos terapêuticos';
Novas ações	Cuidados de longa duração em caso de dependência severa;
	Medidas de promoção da saúde, medidas específicas de prevenção individual e profiláticas para a saúde bucal;
Mecanismos de regulação	Unificação do catálogo com restrição da oferta de ações adicionais;
	Ampliação da competência das Caixas sobre a formação de preços dos medicamentos com a criação de sistema de preços máximos para a assistência farmacêutica (a serem pagos pelas Caixas às farmácias) e para meios de ajuda (próteses, lentes, aparelhos de audição) (*Festbetrag*);
	Reforço da competência das Caixas no controle dos serviços prestados: possibilidade de descredenciamento de hospitais; novas provas de controle de eficiência;
	Ampliação da competência das Comissões Conjuntas de Caixas e Médicos na definição de normas de qualidade;
	Obrigação legal de negociação de tetos máximos para o setor ambulatorial.

Quadro 7 – Principais medidas da Lei da Estrutura da Saúde (*Gesundheitsstrukturgesetz* - GSG) de 1992

Regras de adscrição	Ampliação da liberdade de escolha das Caixas pelos segurados: fim da adscrição compulsória; maioria contribuintes a Caixas específicas (em especial operários);
Regras de inclusão	Restrições para participação de segurados voluntários no sistema;
Restrições no catálogo	Aumento e alterações nas regras de co-pagamento (todos os medicamentos, escalonados por tamanho da embalagem);
Mecanismos de regulação	Criação de compensação financeira entre Caixas da estrutura de riscos de seus segurados; Definição de tetos orçamentários para todos os setores de atenção, acoplados à evolução das receitas de contribuição e correspondentes sanções financeiras para os médicos no caso de excesso de prescrições; para a atenção hospitalar vinculada à elevação dos salários no setor; introdução de planejamento para equipamentos de grande porte; Introdução de 'lista positiva' de medicamentos, os quais seriam passíveis de pagamento pelas Caixas; Novo sistema de pagamento hospitalar: *mix* pagamentos prospectivos diagnóstico-relacionados e diárias por especialidade; Estímulos para atenção pré e pós-hospitalar em regime externo e cirurgias ambulatoriais; Previsão de mudança do sistema de remuneração ambulatorial para 1995 com a criação de 'complexos de ações'; remuneração diferenciada para clínicos gerais; restrições para novos credenciamentos de médicos.

A lógica geral do mecanismo é que as Caixas com estrutura de risco mais vantajosa do que a média, de acordo com as características correspondentes aos critérios incluídos na compensação, transfiram parte de suas receitas para aquelas

com estrutura de risco pior que a média. O cálculo para definição do volume de transferências financeiras é complexo e pondera a pressão diferente destes fatores em gastos e receitas de cada Caixa. São definidos perfis de gastos padrão por grupos de segurados, diferenciados por idade e sexo a partir de médias nacionais. Esses perfis mostram a dessemelhança de gastos médios segundo idade e sexo. Com esta base, estima-se para cada Caixa o que seria a sua 'necessidade de receitas', dada a composição de seu grupo de segurados, ou seja, calcula-se um gasto padronizado por Caixa segundo o perfil de seus segurados.

Esse gasto padronizado é comparado com a 'capacidade financeira' da Caixa. A capacidade financeira de uma Caixa, por sua vez, é aferida a partir da renda de contribuição de seus segurados, multiplicada por 'taxa única de necessidade de compensação'. Esta resulta da divisão da necessidade total de receitas do GKV, dada a composição total dos segurados, pelas receitas de contribuição do conjunto das Caixas.

Comparando-se a 'necessidade de receitas' com a 'capacidade financeira' de uma Caixa, define-se sua participação na compensação financeira (Schneider, 1994). Se a 'capacidade financeira' for maior que a 'necessidade de receitas', a Caixa contribui com esta diferença para o fundo de compensação e, em caso contrário, recebe transferências correspondentes à diferença.

A compensação financeira da estrutura de riscos é realizada e administrada pelo Departamento Federal de Seguros, órgão que cobra e distribui os recursos financeiros entre as Associações de Caixas, as quais se encarregam de repartir os recursos para suas associadas.

Anteriormente, vigia apenas compensação da participação diferenciada dos aposentados entre as Caixas. Da mesma forma que as taxas de contribuição dos segurados eram médias nacionais, as despesas com saúde dos aposentados eram divididas, e essas transferências financeiras cobriam os gastos reais produzidos pelos aposentados de cada Caixa. Os gastos com aposentados eram computados em nível nacional, depois de calculadas as médias nacionais e compensadas as diferenças.[262]

As transferências financeiras referentes à compensação de riscos não compensam os gastos reais de uma Caixa, apenas o fazem parcialmente, segundo os critérios acima enunciados. Esses critérios estão relacionados aos riscos e não às despesas, o que estimularia a busca por maior eficiência. Se as despesas reais de seus segurados forem mais baixas do que a média padrão utilizada na compensação, a Caixa receberá/permanecerá com os valores desta diferença. Se forem mais altas, a Caixa terá de arcar com elas, o que resulta na majoração da taxa de contri-

---

262 Estima-se que algumas Caixas teriam taxas extremamente altas se não houvesse um sistema de compensação. As Caixas de Mineiros, por exemplo, teriam taxas de 21% e as Caixas Locais de algumas regiões poderiam atingir taxas de 19% (Dudey e Reschke, 1997).

buição, conseqüentemente tornando a Caixa menos atraente aos segurados. Assim, para permanecer em boa posição na competição, seria necessário que houvesse controle de gastos.

A compensação financeira da estrutura de riscos é importante instrumento de aproximação das taxas de contribuição, aumentando o potencial de redistribuição solidária ao interior do sistema. Este mecanismo busca desestimular a seleção pelas Caixas dos bons riscos e/ou a discriminação de grupos mais propensos a adoecer ou de menor renda. Entretanto, ao desconsiderar a morbidade, não impede completamente a seleção de riscos.

Além dos fatores incluídos na compensação financeira, analisados anteriormente, está em curso a discussão quanto à consideração de outros critérios no mecanismo de compensação de riscos. Como um dos principais problemas deste mecanismo no sentido de falhar na compensação de riscos, indica-se a não consideração direta da morbidade com a inclusão de critério correspondente, como, por exemplo, a proporção de doentes crônicos. Inquéritos populacionais têm demonstrado importantes diferenças de morbidade entre os diversos tipos de Caixas (Wysong & Abel, 1990). Para melhorar a compensação, sugere-se que sejam incluídos na compensação critérios tais como proporção de deficientes, internações hospitalares, entre outros (Wysong & Abel, 1996).[263] Teme-se que, em situação de intensificação da competição entre as Caixas, a distribuição desigual do peso de outros fatores de risco entre as mesmas possa levar à conformação de mecanismos de seleção de certos grupos conforme a morbidade.

O nível de compensação de riscos alcançado pelo mecanismo de compensação implementado é também motivo de disputa. Se, por um lado, Caixas que pagam ao fundo de compensação, reclamam que a compensação desestimularia a competição ou que os critérios estariam superdimensionando riscos e produzindo transferências excessivas, por outro, autores alertam para o perigo da continuidade de seleção de bons riscos devido a insuficiências na compensação. Estima-se que uma compensação de riscos com base apenas em critérios sociodemográficos como a alemã pode cobrir apenas de 10% a 25% da variação dos gastos diferenciados com utilização. Desse modo, é de pressupor que ocorrerá compensação deficiente das Caixas com maior número de segurados de riscos mais elevados.

Afora isso, a compensação financeira da estrutura de riscos foi implementada separadamente entre as regiões oriental e ocidental. As Caixas da Região Oriental defrontam-se com dificuldades crescentes. Suas despesas são si-

---

263 Não há, porém, consenso na literatura quanto a tais fatores. São também apontados como apresentando maior risco – desempregados, trabalhadores de tempo parcial, inválidos, beneficiários da assistência social, aposentados por invalidez – e outros, ainda, são tidos como risco grave – hemofílicos, pacientes de diálise e infectados com HIV. Outro aspecto reclamado é a proporção de segurados dispensados do co-pagamento por sua baixa renda (*Härtefälle*). O argumento é que geraria impacto negativo nas receitas de co-pagamento.

milares àquelas das Caixas da Região Ocidental, mas sua base de financiamento é mais estreita – por causa da defasagem do nível de renda de seus contribuintes – e em conseqüência suas taxas de contribuição são mais elevadas. Para amenizar o problema, em 1999, foi programado um aumento de 0,1 ponto percentual nas contribuições de todas as Caixas da região ocidental para subvencionar as Caixas da região leste (BMG, 1998a). Posteriormente, a coalizão social-democrata/verde unificou a compensação financeira em nível nacional.[264]

Contudo, comparativamente à situação anterior a 1993, a 'compensação financeira da estrutura de riscos' tornou a seleção de riscos mais difícil. Incluiu critérios que são transparentes quando da inscrição de segurado a uma Caixa: idade, sexo, renda e número de filhos. Não seria proveitoso para uma Caixa, com base em algum desses critérios, sugerir ao pretendente a contribuinte que procurasse a concorrência ou mesmo negar a sua inscrição por meio de subterfúgios, pois essas características são compensadas (Dudey & Reschke, 1997). Resultados da compensação financeira da estrutura de riscos entre as Caixas já se fazem notar em termos de aproximação das taxas de contribuição.[265]

Observa-se gradual redução das diferenças entre taxas médias de contribuição dos diversos tipos de Caixas. O intervalo correspondente à variação entre a maior e a menor taxa média de contribuição diminuiu de 2,36 para 1,16 pontos percentuais entre 1992 e 1997 e as taxas médias de contribuição de Caixas Locais e Substitutas para Empregados tornaram-se similares. Permanecem, porém, expressivas diferenças entre Caixas individuais.

Em síntese, a compensação da estrutura de riscos teve por objetivo permitir a implementação de nova ordem competitiva ao interior do GKV e simultaneamente proteger o princípio da solidariedade. Representa, ao mesmo tempo, ampliação da solidariedade ao promover maior redistribuição entre as Caixas em cada região.

A grande coalizão que permitiu o acordo e a definição desses importantes mecanismos, contudo, teve caráter provisório. A política de clientela tornou-se evidente durante a implementação da Lei da Estrutura da Saúde. A elaboração de lista positiva, definida na GSG, não foi adiante por pressão da indústria farmacêutica. A proposição de lista alternativa pela Câmara Médica de Berlim resultou em processo instaurado por iniciativa da indústria farmacêutica. As possíveis economias para o sistema produzidas por sua introdução significariam perdas para a indústria farmacêutica e, por isso, esse potencial de otimização do sistema não foi

---

[264] A Lei para Adaptação do Direito no GKV, unificando a compensação financeira da estrutura de riscos das regiões ocidental e oriental foi aprovada no Conselho Federal (*Bundesrat*) em 17 de dezembro de 1999, com o apoio dos governos democrata-cristãos da região oriental (Deppe, 2000).

[265] Os resultados da liberdade de escolha das Caixas em termos de movimento de contribuintes ainda não podem ser avaliados, pois a troca de Caixa pelo segurado antigo tornou-se possível apenas a partir de 1997.

utilizado. No caso dos médicos, o governo aumentou posteriormente o orçamento do setor ambulatorial, contemplando os médicos com mais 500 milhões de dólares. As sanções que os médicos sofreriam com a redução de suas rendas caso ultrapassassem o orçamento de medicamentos por meio das prescrições foram empregadas apenas parcialmente.

Os efeitos de contenção da Lei da Estrutura da Saúde (GSG) fizeram-se sentir imediatamente. Após déficit recorde, em 1992, o GKV fechou o ano de 1993 com superávit de 10,4 bilhões de marcos; dentre os quais, 2,5 bilhões provenientes do desembolso direto dos segurados por conta dos aumentos do co-pagamento (Quadro 5).

Terceira Etapa da Reforma do Seguro Social de Doença Alemão (Dritte Reformstufe)

A discussão a respeito de uma 'terceira etapa da reforma do seguro social de doença' foi iniciada imediatamente depois da entrada em vigor da Lei da Estrutura da Saúde (*Gesundheitsstrukturgesetz*), em janeiro de 1993, e desenrolou-se, por longo período, até junho de 1997, quando a coalizão governamental teve aprovadas as propostas após diversas iniciativas.

Em 'rodada preliminar', de 1993 a meados de 1996, os diversos atores sociais e partidos posicionaram-se e apresentaram suas sugestões. O Conselho de Experts para a Ação Concertada em Saúde expôs recomendações para reforma com perspectiva de longo prazo por solicitação do Ministério da Saúde. Os partidos encaminharam propostas ao parlamento: a coalizão conservadora-liberal e o partido social-democrata elaboraram projetos de lei e o partido verde apresentou moção. Os principais atores sociais posicionaram-se a respeito desse conjunto de proposições lançando documentos específicos.

Os projetos de lei da coalizão democrata-cristã/liberal referentes à terceira etapa da reforma da saúde foram enviados ao parlamento ao final de 1995 e início de 1996. O cerne da primeira proposta governamental foi apresentado no projeto Lei para o Desenvolvimento da Reforma Estrutural do GKV (*Gesetz zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung*) (CDU/CSU/FDP, 1996b).[266]

---

[266] Outro projeto, tido como parte da terceira etapa, a Lei de Reordenação da Atenção Hospitalar (*KrankenhausneuordnunGSGesetz*) (CDU/CSU/FDP, 1995c), visava a implementar mudanças importantes no financiamento hospitalar, tal como a definição de tetos para o setor em nível estadual, acordados entre as associações de caixas e associação estadual de hospitais.

O propósito principal da coalizão governamental com a terceira etapa da reforma do Seguro Social de Doença era estabilizar as taxas de contribuição. Para tal sugeriu a promoção de maior 'competição' no âmbito do sistema e o aumento da 'responsabilidade própria' de todos os participantes. As potencialidades da administração autônoma em termos de garantia da economicidade do sistema deveriam ser exploradas a fim de colocar um ponto final na necessidade de contínua intervenção dos legisladores. Para isso, seria preciso ampliar a autonomia administrativa nas áreas de serviços e contratos e tornar mais transparentes os custos dos serviços, aumentando a responsabilidade financeira dos participantes da administração autônoma (CDU/CSU/FDP, 1995a; CDU/CSU/FDP, 1996b).

O partido social-democrata (SPD) apresentou um projeto de lei próprio no Parlamento também em 1996. Por sua intensa participação na elaboração da lei de 1992, Lei da Estrutura de Saúde (GSG), na qual a maioria de suas propostas foi incluída, o SPD considerava ser a crise financeira decorrente da falta de empenho do Executivo na adoção das devidas providências para a implementação desta lei. Alguns artigos foram revistos e outros abolidos, como foi o caso da lista positiva de medicamentos, e outros parcialmente implementados. Para o SPD, os principais problemas do sistema teriam sido enfrentados com a lei anterior. Propôs, assim, uma lei com o objetivo de consolidar as soluções propostas pela lei anterior à Lei de Consolidação da Estrutura de Saúde (GSG II) (SPD, 1996).

Essa rodada de discussões, entretanto, não levou à produção de novo consenso. A coalizão conservadora-liberal teve seus projetos de lei reprovados pelo Conselho Federal (*Bundesrat*), iniciando ofensiva restritiva mais intensa em 1996.

Os primeiros projetos de lei da coalizão governamental estiveram na discussão até o segundo semestre de 1996, quando foram recusados pelo Conselho Federal (*Bundesrat*).[267] As possibilidades de aprovação desta proposta governamental para a 'terceira etapa da reforma do GKV' em seu conjunto foram avaliadas, mesmo pela imprensa conservadora, como baixas, em virtude tanto de seu conteúdo polêmico como da forma do processo legislativo alemão. Leis que afetam competências estaduais, após aprovadas no Parlamento Federal (*Bundestag*), devem Ter a concordância do Conselho Federal (*Bundesrat*).[268]

---

267 Deste primeiro conjunto de projetos de lei, apenas um – relativo à assistência farmacêutica – foi aprovado. Por pressão da indústria farmacêutica, os medicamentos com proteção de patente foram excluídos, em janeiro de 1996, do sistema de preços-máximos acordados pagos pelas Caixas (*Festbetrag*). A indústria farmacêutica exigiu esta alteração como compensação para investimentos em pesquisa (FR., 27.08.96).

268 O Conselho Federal (*Bundesrat*) tem sua história ligada ao processo de constituição do Estado alemão. Com a formação do império alemão (*Deutsche Reich*), por Bismark, em 1871, os estados compoenentes mantiveram certa autonomia, garantida por um conselho de representantes. Após a segunda guerra mundial, com a criação da República Federal Alemã, em 1949, na região da Alemanha ocupada por americanos, franceses e ingleses, a autonomia dos estados, em particular nas áreas de cultura e educação, foi garantida pela constituição do

(continua)

No processo formal de votação, um projeto de lei passa por três leituras ordinárias no Parlamento Federal (*Bundestag*), indo então para o Conselho Federal (*Bundesrat*), composto por representantes diretos dos governos estaduais, em geral, os próprios governadores. Em caso de conflito no *Bundesrat*, aciona-se uma Comissão de Conciliação entre as duas Câmaras na tentativa de negociar acordo. Se houver acordo nessa comissão, o projeto volta ao Parlamento, onde é aprovado.

Para temas de competência exclusiva da União, a concordância do *Bundesrat* não se faz necessária.[269] Nesse caso, uma lei pode ser aprovada no *Bundestag* por maioria absoluta – 50% mais um dos votos do conjunto dos parlamentares –, maioria que garante a escolha do chanceler (*Kanzler*).

Para esses primeiros projetos de lei governamentais da terceira etapa, era necessária a concordância do Conselho Federal. Como a coalizão governamental não detinha a maioria nesta Câmara, a aprovação dos mesmos era dependente de acordo com social-democratas – governantes da maioria dos estados – e verdes – coligados aos social-democratas em alguns estados. Os social-democratas recusavam-se a negociar, caso não fossem implementadas primeiro as decisões anteriores assumidas na 'segunda etapa da reforma', especialmente a elaboração da lista positiva para medicamentos e as sanções dos prestadores estipuladas pela lei. Não se tendo chegado a acordo entre representantes da oposição e governo, os projetos de lei foram recusados.

A coalizão governamental considerou, como primeira lei a integrar a 'terceira etapa', a Lei de Alívio das Contribuições, de caráter unicamente contencionista, componente de um pacote econômico, o *Sparpaket* sancionado em setembro de 1996. As leis da 'terceira etapa' propriamente ditas, as Leis de Reordenação do Seguro Social de doença (*1. und 2. GKV-NeuordnunGSGesetz*) foram apresentadas pela coalizão governamental ao final de 1996 e aprovadas em julho de 1997 quase na íntegra, com poucas reformulações.

Rodada preliminar: propostas dos principais atores sociais

Em janeiro de 1993, o Ministro da Saúde solicitou um parecer especial acerca da futura evolução do Seguro Social de Doença (GKV) ao Conselho de

---

Conselho Federal (*Bundesrat*). Na área da saúde, a concordância deste conselho é obrigatória no que diz respeito à formação de profissionais da área e à atenção hospitalar. O Conselho Federal (*Bundesrat*) é composto por representações dos governos estaduais; em geral, os próprios governadores tomam parte nas reuniões.

269 Porém, se uma lei for recusada no *Bundesrat* por 2/3 dos seus integrantes, para ser aprovada no *Bundestag*, deverá também Ter aprovação igual ou superior a 2/3 (Am Orde, 1997).

Experts da Ação Concertada em Saúde (SVR),[270] como contribuição à 'terceira etapa da reforma da saúde', a qual deveria apresentar perspectiva de longo alcance, com o intuito de evitar a contínua intervenção do 'legislador' (SVR, 1994).

Sob a égide dos princípios básicos da solidariedade e subsidiariedade, o conselho foi encarregado de analisar o impacto da evolução demográfica, das previsíveis mudanças na morbidade e do progresso médico tecnológico na utilização e oferta de serviços médico-sanitários. A principal tarefa consistiu em avaliar a necessidade de modificar ou diferenciar futuramente o catálogo de ações médico-sanitárias do GKV. O Conselho deveria ponderar se determinadas ações seriam excluídas do catálogo e se novas ações deveriam ser incluídas; se certos riscos ou ações poderiam vir a ser contratados livremente; e, no futuro, se deveriam ser introduzidos limites e definidas prioridades ao interior do catálogo de ações médico-sanitárias do Seguro Social de Doença. Além disso, deveria propor formas para a introdução no sistema de fortes estímulos para prevenção ligada às causas e à assunção de estilos de vida saudáveis (SVR, 1994).

O Conselho de Experts, a partir da atribuição ministerial, elaborou o relatório intitulado 'Proteção à Saúde e Seguro-doença 2000: responsabilidade própria, subsidiariedade e solidariedade frente a um contexto em mudança' (SVR, 1994) como contribuição ao debate entre os diversos atores sociais. Esse relatório continha a maioria das análises solicitadas e desencadeou o debate coletivo acerca da terceira etapa, cuja discussão acirrou os ânimos. Foi criticado especialmente por apresentar diferentes sugestões para limitação da cesta de ações e benefícios garantidos, sendo considerado por sindicalistas como a defesa da divisão da atenção em medicina de primeira e segunda categorias (Engelen-Kefer, 1995). Em 1995, o SVR expôs suas recomendações em novo relatório no qual o peso das restrições ao catálogo foi relativizado por conta da polêmica produzida (SVR, 1995).

As principais recomendações referiam-se: ao estabelecimento de maior competição entre as Caixas por meio da ampliação de alternativas, as quais pudessem ser ofertadas por Caixas e prestadores aos segurados; à exclusão do catálogo das ações tidas como estranhas a um seguro de saúde; à constituição de cestas de serviços adicionais para escolha pelos segurados, tendo taxas de contribuição diferenciadas como contrapartida e à oferta de taxas distintas de co-pagamento. Sugeria ainda a definição de taxa única de contribuição dos empresários – correspondente à metade da média das taxas de contribuição para o Seguro Social de Doença – e apresentava modelos teóricos alternativos para mudança do atual sistema de

[270] Em 1992 foi criado o Conselho de Experts para a Ação Concertada em Saúde, que elabora avaliações anuais a respeito do setor saúde. O Conselho é composto por sete membros 'independentes' de notório saber na área da saúde ou economia, escolhidos pelo Ministro da Saúde com a participação dos membros da Ação Concertada (SVR, 1994:232).

seguro social: seguro familiar financiado por contribuições proporcionais à renda familiar total, seguro privado obrigatório e sistema nacional de saúde financiado por recursos fiscais, sem indicar, contudo, quaisquer destes.

Parte dessas recomendações do SVR quanto à diversificação do catálogo e de oferecimento de opções para o contrato com os segurados foram incorporadas às propostas governamentais posteriormente formuladas e integraram a Lei de Reordenação da Saúde (2.NOG).

Em meados de 1995, o ministro da Saúde, Seehofer, convidou os integrantes da Ação Concertada em Saúde a discutirem a terceira etapa da reforma da saúde. Um seminário foi promovido pelo Ministério em Petersberg, criando-se a expectativa entre de que a nova etapa da reforma seria amplamente debatida e negociada. Aparentemente, o Ministro partilhava do consenso existente entre os principais atores sociais de que seria necessário chegar a acordo em que os diferentes interesses e direitos fossem levados em conta (Am Orde, 1997).

A maioria das organizações representativas dos diversos interesses na área da saúde lançou documentos nos quais se posicionava quanto ao que julgava ser problemas do setor, da mesma forma que apresentava sugestões para seu equacionamento a longo prazo. Todas as Associações de Caixas, organizações dos prestadores de serviços, Câmara Médica, associações médicas, dentistas, indústria farmacêutica, trabalhadores, empresários, seguros privados, entre outros, formularam explicitamente propostas para a terceira etapa (Stegmüller, 1996a).[271]

A seguir, são sumariadas as posições dos principais atores sociais – Caixas, empregadores, trabalhadores e médicos –, com a finalidade de analisá-las, juntamente com as propostas partidárias, quanto ao seu alinhamento e concepções gerais para a reforma.

São sintetizadas as propostas dos principais atores sociais gerais atuantes no setor – Federação dos Sindicatos Alemães (*DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund*), principal central sindical alemã e Federação Nacional das Associações de Empregadores Alemães (*BDA – Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände*), que reúne a maior parte dos empresários alemães – e dos principais atores mais especificamente setoriais: as Associações das Caixas de Doença e a Federação Nacional de Médicos das Caixas (*KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung*).

É interessante observar que os principais atores sociais vinculados à produção atuam no âmbito da formação da política de saúde. Esta é uma expressão setorial da forma específica de relação Estado/sociedade neocorporativa e do modelo de seguro social no qual são delegadas pelo Estado funções públicas a organizações administradas por trabalhadores e empresários.

---

[271] Para uma descrição das propostas e detalhamento dos projetos de lei, consulte Giovanella, 1998 – Rodada preliminar: propostas para a terceira etapa e posições dos principais atores sociais.

Competição solidária: proposta das Caixas

Em 1994, as Caixas apresentaram uma proposição conjunta para a terceira etapa da reforma da saúde, não obstante divergirem em diversos aspectos e apresentarem interesses conflituosos: entre si, devido à competição entre as mesmas e às clientelas distintas, e ao seu interior, em virtude da composição paritária dos órgãos de administração. Em documento de consenso elaborado por um grupo de trabalho constituído pelas oito Associações Federais das Caixas (*Spitzverbände der Krankenkassen*), denominado 'Ordem competitiva solidária para um seguro social de doença voltado para o futuro'. Fizeram análise dos desafios futuros do GKV e apresentaram sua concepção da competição para o sistema, assim como medidas específicas para o controle de gastos e melhoria nos diversos setores da atenção (AG-KK, 1994).

As Caixas consideraram, como propósitos de uma reforma do GKV, a necessidade de reorientação de sua atuação no sentido de pautá-la pelo alcance de resultados em saúde e a concomitante garantia futura da atenção de qualidade prestada de modo eficiente e adequada às necessidades de saúde dos segurados. O princípio da solidariedade não poderia ser colocado à disposição. Futuramente, cada segurado, em caso de doença, deveria continuar tendo acesso à atenção médica de alta qualidade, independente de sua capacidade de financiamento.

No documento, as Caixas afirmaram ser necessário o emprego mais eficiente dos recursos sem atingir o princípio da solidariedade, tendo em vista os desafios decorrentes: da continuidade às tendências hoje evidenciadas de aumento das doenças crônico-degenerativas e da multimorbidade, da mudança do paradigma na atenção médica no sentido de proporcionar abordagem integral às pessoas e ainda os relacionados à evolução da economia e do mercado de trabalho.

O instrumento decisivo para aumentar a eficiência do sistema na visão das Caixas seria o desenvolvimento dos mecanismos competitivos introduzidos pela Lei da Estrutura da Saúde (GSG). Essa competição, contudo, foi adjetivada. Uma atenção de melhor qualidade, adequada às necessidades e, ao mesmo tempo, eficiente, prestada de modo a esgotar todas as reservas de economicidade e as potencialidades de racionalização do sistema, seria garantida mediante uma 'competição solidária' (AG-KK, 1994).

Para as Caixas, os problemas de condução e de financiamento da atenção à saúde estariam relacionados à dominância dos prestadores. As causas para a evolução expansiva dos custos e para os déficits da assistência estariam na assimetria de poder entre prestadores e provedores de seguros,[272] pendendo para o lado da

[272] Utilizarei a denominação provedores para os financiadores; em alemão seria *Versicherungsträger*, em inglês seria *payers*.

oferta de serviços, e na insuficiência da possibilidade de interferência das Caixas em preço, qualidade e quantidade das ações prestadas, assim como em inadequados estímulos econômicos para os prestadores. Propôs-se, desse modo, o estabelecimento de novas relações entre Caixas e prestadores por meio de política de contratos competitiva, que ampliasse as possibilidades legais de conformação de contratos por parte das Caixas, quanto às condições, estrutura e formas da prestação das ações de saúde (AG-KK, 1994; AG-KK, 1995 apud Stegmüller, 1996a).

As Caixas teriam assim maiores possibilidades de formular estratégias para a política de contratação, escolhendo adequadas estruturas de atenção e formas de remuneração. Para o funcionamento adequado desta 'ordem competitiva solidária' seria preciso aumentar a capacidade de negociação dos contratantes. Parcerias equilibradas deveriam ser formadas, evitando-se tanto o monopólio como a atomização do mercado. Em especial, seria indispensável redefinir funções para a Associação dos Médicos das Caixas, possibilitando contratos mais flexíveis.

As Caixas propuseram flexibilização das formas de assistência e das formas de prestação de serviços. O objetivo seria revalorizar as atividades de coordenação dos clínicos gerais (*Hausarzt*) na orientação global em cada caso quanto ao tratamento necessário, corrigindo falhas na atenção e tornando a atenção mais eficiente. Deveriam ser introduzidos estímulos a formas cooperativas na atenção ambulatorial – 'modelo do clínico geral' e 'consultórios em rede' –, assim como entre diferentes áreas da atenção, articulando os setores hospitalar, ambulatorial e de reabilitação e estes com outros profissionais de saúde não médicos, promovendo redes integrativas de atenção.

Em síntese, a concepção de 'competição solidária', conteúdo proposto de forma conjunta pelas Caixas para a terceira etapa da reforma da saúde, teve, como cerne, a política de contratação dos prestadores de serviços. A proposição central foi o estabelecimento de novas formas de organização e a garantia da atenção, em especial no setor ambulatorial, que possibilitassem maior integração e articulação, as quais, por sua vez, poderiam assegurar atenção mais racionalizada e de melhor qualidade.

Para as Caixas, além de o princípio da solidariedade não estar em jogo, os mecanismos de competição deveriam ser introduzidos apenas quando podem promover a eficiência e a qualidade da atenção. Com base em um padrão de asseguramento financiado solidariamente, os pacientes teriam escolha entre estruturas de atenção otimizadas frente a suas necessidades, que seriam colocadas à sua disposição estimulados pela competição das Caixas entre si e pela concorrência entre prestadores.

Apelo à subsidiariedade e cestas opcionais: a proposta dos empregadores

A proposição dos empregadores concentrou os argumentos da crítica conservadora-liberal à garantia do bem-estar social.[273] A crise teria como base a "excessiva pressão das contribuições sociais e dos impostos que não seriam mais economicamente suportáveis e tensionariam em excesso o princípio de solidariedade" (BDA, 1994:3). "Um sistema social amplo demais mutilaria o desenvolvimento econômico e corroeria suas bases financeiras" (BDA, 1994:7). Toda a argumentação dos empresários partiu da necessidade de fortalecer a posição do capital alemão na competição internacional, que teria uma das principais desvantagens comparativas nos custos do trabalho. A participação da renda do trabalho na economia, na Alemanha, seria a mais alta do mundo e não chegaria a ser compensada pela alta produtividade do trabalho.

Esses altos custos do trabalho, segundo os empregadores, seriam especialmente determinados pelos custos adicionados, uma vez que a Alemanha ocuparia o quinto lugar na comparação internacional quando considerados apenas os custos diretos, sem adicionais. Esta situação viria a ser agravada pelo progressivo envelhecimento populacional, que traria consigo aumento dos gastos sociais adicionais (BDA, 1996). O objetivo das reformas seria, portanto, aliviar o fator de produção trabalho, reduzindo custos pessoais adicionais e diminuindo, para os empresários, descontos obrigatórios da renda do trabalho.[274]

Os empresários optaram pela continuidade da sua participação no financiamento da proteção social, mas consideraram que a mesma deveria ser delimitada. "Seguro social não é seguro total para todo e qualquer tipo de risco", afirmaram. A cobertura garantida em todos os ramos do seguro social deveria ser revisada e verificada sua correspondência às necessidades atuais. O princípio da subsidiariedade deveria ser reatualizado.

Assim posicionaram-se pela manutenção do financiamento via contribuições sociais. Uma privatização total dos riscos de doença por meio da substituição do seguro social por seguro privado não seria desejável, pois o Estado teria de cobrir benefícios para trabalhadores pior remunerados e aposentados, familiares dependentes etc., o que produziria um *mix* público/privado de efeitos duvidosos.

---

[273] A posição dos empresários alemães pode ser apreendida por meio das declarações da Federação Nacional das Associações de Empregadores Alemães (BDA-*Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände*), que divulgou proposição geral de reformulação dos setores sociais, inclusive do seguro social de doença, logo após os resultados da eleição parlamentar de 1994 (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände-BDA, 1994).

[274] É interessante observar que uma das formas apontadas pelos empresários para conter custos seria a prevenção. Medidas preventivas, que evitassem os agravos, seriam mais humanas e menos onerosas, bem como deveriam ser prioritárias, tomando-se, em outras áreas, o exemplo do que é realizado no campo do trabalho.

Por sua vez, um sistema financiado por recursos fiscais como alternativa às contribuições, mesmo que viesse a significar importante redução dos custos adicionais do trabalho, envolveria maiores encargos fiscais para financiar o novo sistema.

A continuidade de um sistema que se baseia em contribuições estaria condicionada à reatualização do princípio da subsidiariedade, com o objetivo de ampliar a responsabilidade própria dos indivíduos; à delimitação da redistribuição por intermédio da introdução de algum tipo de contribuição complementar para dependentes, o que reforçaria o princípio de equivalência, e ao emprego dos recursos do seguro social para finalidades bem definidas.

Para os empresários, a área da saúde é ramo pujante da economia e as reformas não objetivariam refrear o potencial de crescimento desse setor da economia. A questão seria quais destas ações deveriam continuar a ser financiadas por contribuições obrigatórias pagas em 50% pelos empregadores. Deste modo, propuseram a introdução de restrições no catálogo de benefícios, optando pela privatização de parte da proteção ao risco de adoecer. Enfatizaram a necessidade de controlar a utilização por meio de mecanismos de controle da demanda que permitissem estabelecer "novo equilíbrio entre os princípios de solidariedade e subsidiariedade, tendendo para a subsidiariedade em direção a maior responsabilidade individual" (BDA, 1994:3).

Evidentemente defenderam a competição como elemento essencial da economia de mercado. A competição deveria ser ampliada, possibilitando às Caixas mecanismos para competir relacionados às ações oferecidas e formas de financiamento. Pelo lado dos segurados deveria ser possibilitada a opção entre diferentes cestas. Estes poderiam renunciar a certos benefícios, assim como escolher ações de sua preferência. Benefícios adicionais ao catálogo nuclear seriam pagos somente pelos segurados. Em relação ao financiamento, poderiam ser ofertadas pelas Caixas: a possibilidade de eleição entre diversas formas de co-pagamento, restituição de contribuições e prêmios parcialmente ligados aos riscos.

A ênfase das propostas dos empregadores, portanto, centrou-se claramente em medidas restritivas e que implicavam a privatização pelo menos parcial do risco de adoecer. Não sugeriram medidas que pudessem ampliar a competição entre os prestadores ou racionalizar a oferta, referindo-se apenas à necessidade de ampliação da liberdade de ação dos envolvidos e na introdução de mecanismos de mercado para a condução do sistema.

Defesa da solidariedade e diversificação dos contratos com os prestadores: a posição dos trabalhadores

A DGB (*Deutscher Gewerkschaftsbund*), principal central sindical alemã, também foi a favor de terceira etapa da reforma da saúde, pois considerava que a

Lei da Estrutura da Saúde, resultado de amplo acordo, embora tivesse possibilitado melhorias na atenção e enfraquecido a posição dos prestadores, não havia completado a reforma necessária. Uma terceira etapa seria imprescindível para eliminar os déficits de qualidade e as ineficiências ainda existentes, afora possibilitar definitivamente às Caixas e à administração autônoma, em geral, a condução dos gastos setoriais de forma adequada e independente.

A estabilização das taxas de contribuição seria necessária. Os trabalhadores não poderiam continuar pagando contribuições cada vez mais elevadas sem que recebessem, como contrapartida, um adicional em saúde. As contribuições crescentes teriam resultado principalmente no aumento da renda e faturamento dos prestadores – médicos, dentistas, hospitais etc. – e muito pouco em melhorias da atenção (Engelen-Kefer, 1995:281).[275] As Caixas deveriam ser munidas de parâmetros que possibilitassem 'competição construtiva' no sentido de mobilizar as reservas de economicidade do sistema e melhorar a qualidade da atenção prestada. Para isto ser alcançado, as estruturas pelo lado da oferta deveriam adequar-se (Engelen-Kefer, 1995).

A DGB se posicionou firmemente pela manutenção do sistema de seguro social vigente em suas características e princípios fundamentais. O princípio de solidariedade deveria ser reforçado por meio da ampliação da cobertura do GKV a toda população ocupada, inclusive funcionários públicos, e a elevação do salário-limite para contribuição ao patamar daquele vigente na previdência e seguro desemprego (DGB, 1994 apud Stegmüller, 1996a).

Tendo por base princípios inquestionáveis de paridade no financiamento, unicidade do catálogo de ações e benefícios, garantia da atenção segundo a necessidade e utilização sem pagamento direto, a DGB considerava ser necessário trabalhar uma concepção global para a reforma que promovesse reorientação da política de saúde, na qual a melhoria dos cuidados fosse valorizada.

Esta reorientação deveria fundar-se em compreensão mais ampliada de saúde, que se aproximasse daquela formulada pela OMS. Aspectos preventivos e psicossociais deveriam ser urgentemente incorporados, abolindo-se a separação existente entre a atenção médica e aquela prestada por outras profissões da área da saúde. Em especial, deveria ser melhorada a atenção a pacientes portadores de doenças crônicas. Na Alemanha, os aspectos fundamentais para o tratamento de doentes crônicos seriam pouco desenvolvidos, como a integração dos setores de atenção, a continuidade do tratamento e o envolvimento da competência dos pacientes, individualmente e na forma de grupos de auto-ajuda, tornando-os 'sujeitos' de seus cuidados de saúde, em contraposição à condição de 'objeto' forçada pela atual forma de prestação (Engelen-Kefer, 1995).

---

[275] A DGB, como veremos, reivindica especialmente a possibilidade de as Caixas estabelecerem contratos com grupos de médicos e dentistas, o que quebraria os possíveis bloqueios dos prestadores para introdução de mudanças na organização da atenção.

Uma concepção geral para a reforma deveria ter como objetivos principais: possibilitar a delimitação dos gastos do GKV por meio da definição de orçamento global, acoplado à evolução do PNB; delimitar os âmbitos de competição entre as Caixas, de modo a conduzir a aumento da economicidade do sistema e à melhoria da qualidade da atenção;[276] promover a articulação entre os setores hospitalar e ambulatorial e formas de atenção integradas por meio da flexibilização dos contratos, possibilitando melhor coordenação e continuidade do tratamento (Am Orde, 1996; Engelen-Kefer, 1995).

As preocupações essenciais da central sindical foram, portanto, com a superação dos problemas de condução e deficiências de qualidade da atenção e com o esgotamento das reservas de economicidade do sistema mediante a eliminação das ineficiências. Pontos fundamentais da concepção futura do GKV formulada pela Central Sindical (DGB) foram as medidas para maior cooperação entre todas as instituições com responsabilidade na área da saúde. Maior integração entre os diversos setores da atenção, como também a articulação das diversas instituições e órgãos envolvidos na prevenção e promoção da saúde foram propósitos explicitados.[277]

A exigência de introdução de mecanismos de competição no GKV foi avaliada positivamente pela central sindical. Uma concepção de competição solidária e construtiva poderia ser "instrumento para melhoria de qualidade, promoção de inovações e diminuição de gastos, se a mesma for entendida como competição por alternativas de atenção qualitativamente melhores" (DGB, 1994 apud Stegmüller, 1996a:208). O contexto para a competição, entretanto, deveria ser modificado de forma a abrir às Caixas a possibilidade de diversificação dos contratos com prestadores.

Por intermédio da liberdade de estabelecimento de contratos com os prestadores, poderiam ser oferecidas formas alternativas de atenção, respondendo a necessidades dos segurados. Estruturas articuladas para atenção integral dos pacientes, com a participação de outras profissões da área da saúde, inclusive acompanhamento psicossocial e de cuidados de enfermagem, deveriam ser estimuladas. Os segurados se ligariam por prazos definidos a determinadas redes de atenção ou centros de saúde que ofereceriam todo o espectro de ações para prevenção, tratamento e reabilitação. Essas novas formas de organização da atenção contribuiriam para melhorar a qualidade ao evitar ações desnecessárias e reduzir a medicalização e tecnificação dos cuidados com a saúde. Simultaneamente, conduziriam a menor pressão sobre as despesas.

---

[276] Melhorar a qualidade da atenção prestada por meio de instrumentos adequados (inclusive a definição de protocolos/padrões para diagnóstico e terapia).

[277] A separação entre a atenção ambulatorial e a hospitalar deveria ser abolida, estimulados o atendimento ambulatorial especializado em hospitais e as cirurgias ambulatoriais e organizadas redes.

Tais formas de organização da atenção propostas pela central sindical (DGB) e pelas Caixas – em boa parte, por influência da DGB, que integra seus órgãos de administração – foram inspiradas em mecanismos de *managed care*. Para a DGB, administrar os cuidados significa, contudo, a coordenação das responsabilidades médicas, sociomédicas e econômicas, o que não quer dizer que todas estas responsabilidades seriam delegadas aos prestadores. A responsabilidade pela disponibilização de ações de saúde, para garantir atenção adequada, deveria ser compartilhada pelas Caixas e pelos prestadores (Engelen-Kefer, 1995).

Em resumo, a posição da DGB para a terceira etapa não apenas reafirmou o princípio da solidariedade, como pretendeu reforçá-lo. Uma privatização dos riscos, seja sob a forma de racionamento de ações e exclusões ou de separação do catálogo em básico e outros de escolha, seja via introdução de contribuições equivalentes aos riscos e bônus por baixa utilização, foi terminantemente rejeitada. Enfatizou medidas preventivas e de promoção da saúde, as quais deveriam ser ampliadas, considerados os aspectos de eficiência no âmbito de um sistema de atenção mais cooperativo e integrado. Déficits de qualidade e de condução, na visão da DGB, deveriam ser sanados por meio da permissão de novas formas de atenção no setor ambulatorial, como as propostas pelas Caixas. Deste modo, seria introduzida uma competição construtiva e solidária e, por isso, aceitável.

A posição da central sindical se sobressaiu dentre as dos outros atores pela manifestação clara e explícita de defesa da solidariedade e da garantia de atenção integral de melhor qualidade; evidenciou, no entanto, algumas contradições. Embora a DGB tenha criticado a centralidade do debate no problema financeiro e denunciado a falta de maior preocupação na solução de deficiências do sistema de atenção, partindo-se de uma concepção de saúde ampliada e a correspondente concepção para atenção integral, a estabilidade das taxas de contribuição apareceu como o primeiro objetivo a ser alcançado em diversos documentos (DGB, 1996a; Engelen-Kefer, 1995; Am Orde, 1996). A DGB, porém, ao contrário das propostas conservadoras, explicitou que, caso fosse comprovada, por dados confiáveis, a impossibilidade de garantia do nível de atenção reconhecido como adequado, a elevação das taxas de contribuição seria justa e deveria ser permitida.

Contradições do discurso da DGB foram, pelo menos em parte, determinadas pelos conflitos de interesse de seus diversos sindicatos integrantes. Resultaram do embate entre a necessidade da DGB defender a posição do conjunto dos trabalhadores associados e, ao mesmo tempo, a posição de uma parte dos mesmos, os empregados no setor saúde, cujos interesses são distintos. Racionalizações na atenção poderiam estar de acordo com o interesse dos trabalhadores em geral, mas atingiriam interesses diretos dos empregados do setor, afetando a própria

garantia de seus postos de trabalho.[278] Além disso, a própria participação da DGB nos arranjos corporativos de administração dos órgãos do seguro social limitava suas possibilidades de intervenção (Stegmüller, 1996a).

O principal problema das proposições da DGB situa-se na visão de que a competição poderia ser utilizada exclusivamente para melhorar a qualidade da atenção prestada. A competição entre as Caixas faz sentido se estas oferecerem ações e preços – contribuições – diferenciados, o que é incompatível com o princípio da solidariedade defendido reiteradamente pela central sindical (Stegmüller, 1996a).

Garantindo seu monopólio na prestação: a posição da Federação das Associações de Médicos das Caixas

De modo geral, a corporação médica posicionou-se favoravelmente aos projetos de lei apresentados pela coalizão governamental para a terceira etapa da reforma do sistema de Seguro Social de Doença. Concordou com os objetivos afirmados de garantia de medicina de alta qualidade e com a necessidade de, tanto quanto possível, conter custos, mas duvidou que isto pudesse ocorrer sem restrições no catálogo de serviços. Se, apesar de todos os esforços para a racionalização da prestação de serviços, os meios financeiros não fossem suficientes para garantir atenção de qualidade, o Estado deveria assumir a responsabilidade de racionamento das ações ou abrir a possibilidade para a cobertura de financiamento adicional (BÄK & KBV, 1996).

A corporação médica posicionou-se a favor da introdução de restrições no catálogo de serviços, mas de forma limitada. Argumentou que, a longo prazo, as mudanças na estrutura da população e o progresso médico colocariam novas exigências financeiras e que se tornaria impossível alcançar a estabilização nas taxas de contribuição sem clara delimitação do que deveria ser financiado solidariamente. Considerou que o catálogo de ações obrigatórias deveria limitar-se às ações correspondentes às necessidades médicas, o que significaria a introdução de restrições no atual catálogo, evitando-se que as Caixas em competição viessem a oferecer serviços supérfluos como um mecanismo de *marketing* na disputa por mais segurados. As ações tidas como supérfluas foram aquelas prestadas principalmente por outros profissionais que integram a área da saúde: não médicos, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, massagistas etc.[279]

---

[278] O Sindicato dos Trabalhadores nos Setores Público, Transporte e Carga (ÖTV) lançou documento próprio, manifestando-se contrariamente à implementação da regulação da Lei da Estrutura da Saúde e de mecanismos de competição entre prestadores.

[279] Para exemplificar, referiram-se ainda à fecundação artificial e à densitometria óssea (*Die Welt*, 29.05.96).

Para os médicos, a defesa de maiores restrições seria, em certa medida, uma opção pela redução dos serviços que poderiam prestar com remuneração garantida, motivo pelo qual a introdução de medidas que levariam à privatização de riscos foi pouco defendida por eles, embora se alinhassem com as posições conservadora-liberais.

Aprovaram igualmente os estímulos para os segurados assumirem maior responsabilidade na utilização de serviços, o que significa dizer que se mostraram a favor do co-pagamento, embora recusassem sua introdução no setor ambulatorial.

A corporação médica defendeu enfaticamente a manutenção da atual estrutura de poder ao interior da administração autônoma, em especial quanto a sua própria posição. Posicionou-se contrariamente a qualquer procedimento que implicasse em alguma alteração de sua atuação como representante do conjunto dos médicos. Negociações somente deveriam ser realizadas entre as Associações de Médicos das Caixas e as Associações das Caixas de forma conjunta. Posicionou-se terminantemente contra a negociação de contratos para a experimentação de novos modelos de atenção apenas com grupos de médicos e contra o credenciamento de ambulatórios ou hospitais por apenas um tipo de Caixa.

Em síntese, a corporação médica, em razão de orientar-se incondicionalmente por seus próprios interesses, defendeu decididamente o contrato exclusivo de garantia da atenção ambulatorial (*Sicherstellungsauftrag*), que lhe garante o monopólio na prestação, ao mesmo tempo em que assumiu posição moderada frente às restrições e racionamentos de ações, à participação direta dos usuários nos gastos e à divisão do catálogo do GKV em obrigatórios e opcionais. Assim, a defesa da necessidade de novos mecanismos de competição ao interior do sistema pelos médicos mostrou-se mais como a defesa da competição das Caixas entre si, o que fortaleceria a posição dos médicos frente às mesmas.

Mapa das posições dos atores: concepções para a competição

Desde a discussão da Lei da Estrutura da Saúde (GSG), independentemente de posições e interesses específicos, a maioria dos atores sociais assumiu a 'competição' como palavra-chave para a reforma (Behrens et al., 1996; Gerlinger & Stegmüller, 1995b). Embora com diferentes ênfases quanto aos determinantes da crise, todos os atores identificaram deficiências na condução do sistema, condicionadas por falta de adequados estímulos à administração mais parcimoniosa dos recursos disponíveis, seja pelas Caixas, prestadores ou usuários. O estímulo à concorrência ao interior do sistema de proteção seria o mecanismo adequado para garantir funcionamento ótimo em termos de sua economicidade.

O propósito de estabilização das taxas de contribuição esteve presente em todos os discursos como pressuposto na apresentação de propostas, mas as concepções dos diversos atores sociais e dos partidos políticos para a competição a ser introduzida no Seguro Social de Doença (GKV) foram distintas. Diferiram, em particular, no que diz respeito à privatização ou não do risco de adoecer e à maneira e extensão em que esta se processaria, e em como deveriam ser redesenhadas as relações entre Caixas, segurados e prestadores de serviços. Isto é, quem deveria competir com quem: se, principalmente, as Caixas, umas com as outras, por segurados, ou os prestadores entre si, pela venda de seus serviços.

As posições de atores e partidos podem ser qualificadas conforme a ênfase de suas propostas em medidas de racionalização do comportamento da demanda ou em incentivos à racionalização da oferta, clássica tipificação utilizada por economistas da saúde para qualificar medidas de contenção.

As concepções para a competição no GKV também podem ser qualificadas, grosso modo, de acordo com a ênfase nos objetivos que se propõem: controle da demanda ou da oferta. O alinhamento em uma ou outra posição, de modo geral, parte de análise distinta do problema. O controle centrar-se-á no lado da demanda se o problema da expansão dos gastos for considerado como ocasionado por utilização inadequada. Buscará o controle da oferta se a inadequação for localizada na prestação. Embora essa distinção pareça apenas baseada em critério técnico, tem implicações políticas importantes. As soluções, fundadas nas distintas concepções para a competição desejada, afetaram de forma muito diferenciada não apenas os grupos sociais, como o próprio sistema de proteção.

Gerlinger & Stegmüller (1995b) analisam as propostas dos principais atores sociais para a terceira etapa da reforma do sistema social de seguro-saúde e identificam duas orientações principais para a competição almejada. Para os defensores da 'privatização da demanda', a nova ordem competitiva proposta expressa a perspectiva de imediata privatização dos riscos em saúde, isto é, um deslocamento de gastos para os segurados. Nessa concepção, a maior concorrência entre os prestadores é questão secundária. Por sua vez, a competição é adjetivada como solidária na concepção de 'concorrência da oferta'. A ampliação dos mecanismos competitivos de condução, em particular, por meio do fortalecimento do poder de demanda das Caixas, levaria ao enfraquecimento da dominância dos prestadores.

Nesta formulação, o perigo de privatização dos riscos e gastos em saúde seria afastado por intermédio da manutenção do financiamento solidário e do catálogo de serviços abrangente e único. Exemplos do primeiro grupo são as propostas do Conselho de Experts da Ação Concertada em Saúde (SVR) e da Federação Nacional das Associações de Empresários (BDA). Os documentos das Caixas e da Central Sindical (DGB) representam o segundo grupo.

As concepções dos partidos quanto à competição a ser introduzida no sistema também são diferenciadas. As propostas apresentadas pela coalizão governamental e pelo partido social-democrata denotam os posicionamentos e podem ser alinhadas a uma dessas concepções da competição, embora nem todas as medidas sugeridas possam ser igualmente enquadradas. A posição dos verdes, por sua vez, é mais abrangente, envolvendo outros aspectos para além da competição.

A proposta da Federação Nacional dos Médicos das Caixas, em virtude de suas particularidades, não poderia ser enquadrada nas duas genéricas concepções anteriores, segundo os autores, que a denominam de "competição cortada ao meio" (Gerlinger & Stegmüller, 1995a:10). A corporação médica defende a competição, mas esta deveria ocorrer apenas entre as Caixas e não entre os prestadores. A posição dos médicos tem grande importância, pois a estrutura corporativa do sistema assegura considerável influência dos mesmos na política de saúde.

Concepção de privatização da demanda

Para os defensores da 'privatização da demanda', a origem do aumento de preços e gastos estaria no fraco desenvolvimento do mercado, condicionado pela excessiva regulamentação estatal. Na tradição conservadora-liberal, a falta de mecanismos de preços na condução da oferta e da demanda e a 'exagerada' regulamentação estatal seriam sérios impedimentos para alocação responsável e eficiente dos meios financeiros. Somente a revalorização dos princípios de mercado poderia resolver a situação, aumentando a eficiência e contendo gastos.

O problema principal para os adeptos desta concepção estaria na ausência de auto-responsabilidade financeira dos segurados, o que produziria utilização inflacionária: a expansiva utilização de ações de saúde para além das necessidades. Seria preciso uma nova relação entre subsidiariedade e solidariedade para garantir maior responsabilidade de cada um. O volume do co-pagamento, até então vigente, seria insuficiente. As quantias a serem pagas seriam muito baixas e restritas a poucas ações (BDA, 1994). Uma participação direta e significativa nos gastos pelos segurados conformaria, segundo esta concepção, o instrumento apropriado para aumentar a sensibilidade dos usuários aos custos e promover utilização responsável dos serviços de saúde (SVR, 1994). É por esse aspecto principal que se justifica o emprego do termo privatização da demanda para qualificar tal concepção.[280]

Diversos mecanismos foram propostos para o alcance de novo equilíbrio entre a subsidiariedade e a solidariedade e o acréscimo da auto-responsabilidade dos segurados. Esta seria alcançada tanto pela ampliação do espectro e majoração

---

280 O termo 'privatização da demanda' refere-se especificamente à extensão do financiamento privado (Granaglia, apud Almeida, 1995).

do co-pagamento, como também pela separação do atual catálogo unitário de serviços em básico e adicional, de livre escolha pelos segurados, em contrapartida à taxa de contribuição adicional.

O catálogo de serviços vigente seria extenso e contemplaria ações desnecessárias, com caráter essencialmente de bens de consumo, o que estimularia utilização para além das necessidades. Em vista disso, o Conselho de Experts da Ação Concertada em Saúde propôs a redução do catálogo obrigatório de serviços e sugeriu a constituição de diferentes cestas básicas e catálogos complementares eletivos (SVR, 1994).

A diferença entre estas propostas e as medidas de contenção de custos até então implementadas é que tais formas de privatização do risco de adoecer deveriam ser processadas por meio de mecanismos de competição análogos aos de mercado: a competição das Caixas entre si por segurados.

O Conselho de Experts para a Ação Concertada em Saúde e a Federação Nacional das Associações de Empresários identificaram também reservas de economicidade no lado dos prestadores. Diferentes formas de contratação, negociação e remuneração seriam os instrumentos para explorar estas reservas de economicidade. A possibilidade do estabelecimento de diferentes cláusulas contratuais pelo lado dos prestadores significaria a negociação de formas alternativas de organização da atenção, tais como cirurgias ambulatoriais, paciente-dia, constituição de ambulatórios em hospitais ou introdução de novas formas de articulação entre a atenção hospitalar e ambulatorial, e diferenciação das formas de remuneração: pagamento prospectivo por caso ou por capitação.

A necessidade de maior competição entre os prestadores, porém, é pouco desenvolvida. Como a evolução dos gastos em saúde é entendida, nesta concepção, como problema induzido pela demanda, a privatização dos riscos de adoecimento por meio de co-pagamento e restrições na cesta de serviços seriam as respostas-chave.

A concretização das propostas de aumento da participação financeira dos usuários e de diferenciação da cesta presentes nesta concepção descaracterizaria o GKV na qualidade de sistema de seguro social, pois elimina parte importante do espectro de ações em saúde do financiamento solidário ao privatizar parcialmente a demanda. Apenas para uma parte das ações em saúde o princípio constitutivo do sistema 'solidariedade' permaneceria válido e passaria a viger o princípio de equivalência de riscos, até então estranho ao Seguro Social de Doença.

Para a coalizão governamental democrata-cristã/liberal, todos os participantes deveriam entrar na ordem competitiva. Os mecanismos de preços deveriam conduzir tanto a demanda, quanto a oferta de ações de saúde. A crença baseia-se no suposto do *homo economicus*, segundo a qual 'apenas quem está consciente que preços muito altos produzem desvantagens na concorrência, podendo significar até a sua falência, ofertará serviços e ações de preços mais adequados. Ainda, apenas quem percebe que ações médicas custam algo, as utilizará de forma econômica'.

Na prática, no entanto, a política da coalizão conservadora-liberal[281] restringiu a competição às Caixas e repassou custos da atenção aos pacientes. Embora a competição devesse incluir todos os participantes do sistema, nas propostas da coalizão governamental, a concorrência entre os prestadores foi pouco estimulada. A posição de dominância das Associações de Médicos das Caixas permaneceu inalterada. Novas formas de organização da atenção ficaram restritas a projetos delimitados. O problema principal para a coalizão governamental seria a falta de responsabilidade financeira dos segurados, que produziria utilização inflacionária, ou seja, a evolução dos gastos em saúde é entendida como problema induzido pela demanda. Assim, a privatização dos riscos de adoecimento por meio de co-pagamento e restrições na cesta de serviços seriam respostas-chave. A concorrência seria a mola mestra para administração mais eficiente das Caixas e para utilização parcimoniosa por parte dos segurados. É esta concepção que ordena as propostas das leis aprovadas em 1997, como veremos adiante.

Concepção de concorrência da oferta

Na concepção de 'concorrência da oferta' explicitada pelas propostas das Caixas e da Central Sindical (DGB), a evolução expansiva dos custos e as deficiências na qualidade da atenção seriam decorrentes de problemas na oferta, em especial, a assimetria de poder entre prestadores e Caixas – a dominância dos prestadores de serviços –, que implica a baixa possibilidade de intervenção das Caixas quanto à conformação de diferentes alternativas para preços, qualidade e quantidade dos serviços ofertados concomitante à falta de estímulos para prestação de serviços mais eficiente (Gerlinger & Stegmüller, 1995a).

Mudanças nas relações entre as Caixas e os prestadores são o ponto central desta concepção. As possibilidades de intervenção das mesmas na definição das condições, da estrutura e das formas da prestação de serviços deveriam ser ampliadas. A competição entre elas, promovida pela GSG, deveria ter sua correspondência no lado da oferta de serviços.

A modalidade de reforma decorrente dessa concepção implicaria a redefinição do papel das Caixas, que deveria portar-se como compradora de serviços para a sua clientela, enquanto os prestadores concorreriam entre si na oferta de serviços a preços mais favoráveis. Isso seria especialmente necessário no setor ambulatorial para quebrar o monopólio das Associações de Médicos Credenciados.

As Caixas deveriam poder negociar com diversos grupos de médicos diferentes contratos. Nessa situação, os honorários no setor ambulatorial poderiam ser diferenciados e as Caixas teriam maior capacidade de influenciar na qualidade

[281] Note-se bem: o conservadorismo da democracia cristã aliado ao neoliberalismo do partido liberal.

dos serviços prestados. O sistema de honorários médicos deveria ser modificado de modo a deixar de induzir a expansão das ações como a que ocorre com pagamentos por unidades de serviço. Com isso, eliminar-se-ia a atual assimetria de poder entre as instituições públicas provedoras de seguro social e prestadores.

Para as Associações das Caixas, esta nova ordem competitiva não seria contraditória com princípios solidários. A Central Sindical (DGB), embora mais moderada, avalia também positivamente a introdução de maior competitividade. Uma competição solidária e construtiva poderia promover a melhoria de qualidade, a capacidade inovadora e a diminuição de preços.

Nesta abordagem, a competição seria pela forma de atenção mais eficiente e de melhor qualidade. A concorrência entre as Caixas cumpriria a função de procura pela melhor forma de atenção, constituindo-se em verdadeiras procuradoras dos interesses dos segurados (Gerlinger & Stegmüller, 1995a). A contratação de formas de atenção mais favoráveis, por sua vez, teria como pressuposto o enfraquecimento da oferta.

Para proteger os segurados contra possíveis efeitos negativos da competição e de privatização dos riscos, o catálogo de serviços deveria ser mantido único, padrões de qualidade deveriam ser estabelecidos e os espaços de competição limitados. Ainda para a central sindical (DGB), o princípio de solidariedade deveria ser fortalecido por meio da ampliação da cobertura do GKV a toda a população ocupada, inclusive funcionários públicos, e pela elevação do salário limite para contribuição ao nível daquele vigente para a previdência social e seguro desemprego (DGB, 1994 apud Stegmüller, 1996a).

Maior independência para a administração autônoma seria também requisito fundamental à implementação da competição nesta concepção. A introdução da competição implicaria aumento da responsabilidade das Caixas. O Estado permaneceria com as funções de regulação e vigilância, mas uma intervenção estatal tão freqüente, como a que ocorria até então, tornar-se-ia desnecessária.

Os social-democratas também posicionaram-se por competição solidária. A competição foi adjetivada de solidária não apenas porque o princípio de solidariedade permaneceria garantido. Como pressupostos para a competição, o princípio de solidariedade teria sido ampliado: a compensação da estrutura de riscos entre Caixas e a ampliação da liberdade de escolha de uma Caixa para a maioria dos segurados tornariam o sistema em seu conjunto mais solidário. Uma solidariedade de grupo restrita ao grupo de segurados de cada Caixa teria sido substituída por solidariedade entre o conjunto de todos os segurados.

Uma das principais medidas propostas dizia respeito à delimitação definitiva dos gastos de saúde. Os gastos por contribuinte somente poderiam crescer em proporção igual à da evolução do PIB. Esta medida foi julgada necessária em decorrência da especificidade da dinâmica de gastos em saúde. Sem delimitação, o setor não seria governável, pois a demanda pode ser fortemente influenciada pela oferta.

Os prestadores podem estimular a utilização dos serviços e compensar possíveis perdas de remuneração. A definição de tetos orçamentários por tipo de gasto não seria instrumento adequado para delimitar a evolução dos gastos em saúde porque, embora possibilitasse a contenção dos gastos a curto prazo, consolidaria distorções da distribuição de gastos entre os setores, inibindo a criatividade do sistema (SPD, 1996). Já o estabelecimento de limite superior para a evolução dos gastos das Caixas promoveria a almejada estabilização das taxas de contribuição ao acoplar este limite ao crescimento da economia como um todo.[282]

Para os social-democratas, o problema dos gastos localiza-se principalmente no lado da oferta, devendo portanto ser estabelecida competição entre os prestadores. Defenderam mudanças na organização da oferta e apresentaram, em seu projeto de lei de 1996, uma série de medidas que viria quebrar o monopólio das Associações de Médicos das Caixas na garantia da prestação e promover a competição entre os prestadores, enfraquecendo a dominância dos mesmos nas negociações.

Propuseram, entre outras medidas, a reformulação das associações de médicos e das representações do setor hospitalar, assim como a promoção de formas cooperativas de atenção ambulatorial, de contratos integrados entre setores de atenção e a flexibilização da divisão de trabalho entre médicos e hospitais. Demonstraram sua preocupação com a privatização dos riscos e as desvantagens adicionais do co-pagamento para pacientes crônicos, propondo mecanismo para reduzir a participação financeira de doentes crônicos com medicamentos. Embora tenham se manifestado e votado contra as majorações dos valores de co-pagamento, não rejeitam este mecanismo, não tendo proposto sua extinção.

Permanece questão em aberto se a competição entre as Caixas pode ocorrer de forma a que se lhe possa conferir o atributo 'solidária'. Os perigos de seleção de riscos por meio da escolha dos segurados mais atrativos, de estratégias que favoreçam a oferta às custas dos contribuintes e de formas de concorrência que levem à escalada dos preços[283] foram minorados, mas não abolidos. Com a

282 A vantagem desse acoplamento em relação ao proposto na Lei da Estrutura da Saúde (GSG), que restringiu o aumento dos gastos ao crescimento das receitas de contribuição, é que os gastos em saúde poderão acompanhar o crescimento da economia, mesmo que a participação da renda do trabalho não evolua da mesma forma. Isto é, garante-se que os gastos em saúde acompanhem o crescimento econômico do país como um todo.

283 A competição entre as Caixas pelos segurados mais atraentes (jovens, sadios e com melhores salários) pode levar à oferta de melhores preços aos prestadores na expectativa de atendimento diferenciado. Exemplo anterior a isso ocorreu entre as Caixas para Empregados (*Ersatzkassen für Angestellte*) e as Caixas Locais (*Ortskrankenkassen*). As primeiras, com estrutura de segurados mais favorável (volume maior de contribuições), negociaram preços mais altos com as associações de médicos contratados, o que despertou maior interesse dos médicos em atender os seus segurados e resultou em atenção mais personalizada, levando as Caixas Locais a fazer o mesmo em seguida, provocando a escalada de preços às custas dos contribuintes.

competição, mesmo com a implementação da equiparação de riscos, cresce a pressão para desenvolvimento de estratégias de seleção daqueles grupos de pacientes com probabilidade de maiores gastos.

As diferenças de estratégias propostas pelas diversas Caixas quanto ao nível e formas de negociação para o estabelecimento de contratos, bem como as diferenças de concepção quanto à necessidade e forma da equiparação de riscos, são exemplos de divergências que fazem duvidar que a 'competição solidária' entre as Caixas esteja de acordo com os interesses dos segurados (Gerlinger & Stegmüller 1995a). Em outras palavras, que a competição não venha a ter conseqüências negativas para os segurados.

A posição do partido verde é próxima a esta concepção, todavia, destaca-se. Diferenciou-se das propostas dos outros partidos em razão de sua análise não partir do problema dos gastos. Enfocava aspectos de democratização do seguro social de doença e do sistema de atenção à saúde e problemas de desigualdades na utilização. O partido verde posicionou-se contra a introdução de mecanismos de mercado no sistema, mas concordou, ao mesmo tempo, com a competição entre as Caixas, sugerindo, todavia, a ampliação da compensação financeira da estrutura de riscos e rejeitando veementemente restrições na cesta e seleção de riscos (Bündnis90/Die Grünen, 1996). Os verdes aproximaram-se da posição da central sindical (DGB) no que concernia à necessidade de ampliação da solidariedade, de ênfase na prevenção e mudanças no modelo assistencial. Alinharam-se com as propostas do partido social-democrata no que dizia respeito a questões de reorganização da atenção e ao acoplamento dos gastos do GKV à evolução da economia como um todo.

Desse modo, os verdes assumiram, como princípios: a solidariedade; a atenção igualitária de todas as camadas sociais; a responsabilidade coletiva no que se refere à saúde, em virtude da estreita relação entre condições de vida e de trabalho e saúde; a precedência da prevenção sobre o tratamento; a participação do paciente nas decisões acerca de seu tratamento por meio da promoção da competência individual, alterando a hierarquia na relação médico-paciente, democratizando-a; a atribuição de importância igual para outras profissões da área da saúde na equipe de saúde; uma visão mais feminina das normas de saúde e tratamento para todos sem discriminação.

Competição partida: médicos e hospitais em defesa de seus interesses

Os médicos credenciados ocupam posição-chave na prestação e produção de serviços, no sentido de produzir e de provocar a produção, e seriam os principais atingidos com a implementação de maior concorrência pelo lado da oferta, ou seja, entre prestadores. A incumbência dada às associações de médicos credenciados

de garantia de atenção (*Sicherstellungsauftrag*), estabelecida no Livro do Código Social, seria colocada em questão. O monopólio da corporação médica na negociação de contratos do setor ambulatorial seria quebrado. E este certamente não era objetivo almejado pelos médicos. Os médicos, embora tendo mencionado a necessidade de maior competição, fizeram defesa intransigente de seus interesses pela garantia de seu monopólio. Qualquer concorrência entre os médicos quanto a preços foi vista como tendo conseqüências desastrosas. Por sua vez, qualquer definição de normas para os percursos e fluxos de tratamento foi entendida como perda da autonomia profissional.

Pela sua proximidade ideológica com o partido governamental, seu alinhamento com as análises das correntes dominantes a respeito das causas da 'explosão de custos', a Federação das Associações de Médicos das Caixas (KBV) viu-se obrigada a manifestar pelo menos acordo verbal com a introdução de mecanismos de competição setorial. As discrepâncias de sua proposta, porém, foram claras (Gerlinger & Stegmüller, 1995a). A competição não deveria levar à diminuição da solidariedade entre os médicos, afirmava o documento, rejeitando o estabelecimento de modelo de compra de serviços pelas Caixas.

Negar a competição pelo lado da oferta não significa, porém, negativa completa da competição. O 'modelo de compra' proposto pelas Caixas deveria ser transformado, segundo a expectativa dos médicos, em 'modelo de venda' das Associações de Médicos Credenciados por meio de competição mais acentuada entre Caixas. Em síntese, os médicos defendiam competição restrita pelo lado da demanda.[284] Eles não podem ser alinhados na concepção de 'privatização da demanda', pois foram contra a introdução do co-pagamento no setor ambulatorial, ainda que não fossem totalmente contra a inclusão de restrições no catálogo e desejassem definir quais. Uma privatização da demanda não seria de seu interesse, pois acarretaria redução de suas rendas, uma vez que parte das ações não teria mais o pagamento garantido pelas Caixas.

A posição da Sociedade Alemã de Hospitais, por ser muito específica e referir-se quase exclusivamente ao setor hospitalar, também não pode ser imediatamente alinhada a essas duas concepções polares. O documento de tomada de posição da Sociedade Alemã de Hospitais consistiu na defesa explícita de interesses particulares. As principais críticas dos hospitais recaíram no setor ambulatorial. Para conter o crescente déficit, reformas neste setor seriam urgentes. Diversos argumentos foram utilizados para provar essa tese, em especial quanto aos gastos impulsionados pelo crescente credenciamento de médicos no setor ambulatorial e ao alto volume de gastos ambulatoriais per capita na Alemanha.

Por um lado, a Sociedade Alemã de Hospitais insistiu em maior controle e competição no setor ambulatorial e acatou as mudanças na forma de remuneração

[284] Por isso denominada 'competição partida' por Gerlinger & Stegmüller (1995a).

hospitalar mediante pagamentos prospectivos, o que a alinharia com a posição de concorrência da oferta. Por outro lado, não se manifestou contra as medidas de privatização parcial da demanda e apoiou as propostas da coalizão governamental em sua primeira versão, o que demonstra defender apenas seus interesses específicos.

Lei de Alívio das Contribuições

Para além dos déficits específicos do GKV, as novidades da conjuntura mais geral no período final de discussão e aprovação da terceira etapa foram o aprofundamento do desemprego, a proximidade da unificação monetária européia e as dificuldades da Alemanha em cumprir os critérios de Maastricht para garantir sua entrada na união monetária na primeira fase, especialmente o concernente ao déficit de público de, no máximo, 3% do PNB. Desse modo, uma das principais preocupações governamentais – talvez a principal – passou a ser o controle do déficit público a todo custo, de modo a cumprir o critério que a própria Alemanha formulara em conjunto com os outros países e garantir o sucesso da unificação, iniciativa na qual o chanceler alemão Helmut Kohl fora protagonista. Um afã contencionista tomou conta do governo no momento da aproximação dos prazos para cumprimento dos critérios de Maastricht.

Ainda que os gastos do GKV não sejam gastos públicos diretos, não há como desvincular a intensificação da contenção setorial daquela necessidade de combater o déficit público a toda prova, dada a simultaneidade dos processos, uma vez que os déficits aumentam a pressão para sua cobertura com recursos fiscais.

A urgência de contenção assumida pela coalizão governamental, aliada à opção política de defesa de interesses empresarias gerais, mas também setoriais – clientelas governamentais específicas – impossibilitaram negociação mais ampliada para a decisão a respeito da terceira etapa da reforma. Ao final, a opção governamental foi por medidas primariamente restritivas e pela não negociação.

Desse modo, uma lei específica de contenção para o GKV, a Lei de Alívio das Contribuições (*Beitragsentlastungsgesetz*), constituída por um conjunto de restrições, em sua maioria cortes de benefícios, foi incorporada ao programa de contenção (*Sparpaket*)–, eufemisticamente denominado Programa por maior crescimento e ocupação, proposto pela coalizão governamental na tentativa de alcançar os critérios de Maastricht para a unificação monetária européia.

Explicitados pela coalizão governamental conservadora no poder, os objetivos do programa seriam: limitar os custos adicionais do trabalho (leia-se custos sociais; fortalecer o princípio de equivalência entre contribuições e benefícios; aumentar a consciência dos segurados quanto aos custos dos serviços de saúde; flexibilizar a legislação trabalhista), o que, supostamente, possibilitaria maior nível de ocupação; fortalecer a dinâmica de crescimento econômico e criar novos

empregos, garantindo, assim, os fundamentos econômicos do Estado de Bem-Estar, de forma duradoura (BMAS, 1996a).

Para tal, seria necessário, segundo a coalizão governamental, que, até o ano 2000, a soma do conjunto das contribuições sociais relacionadas aos salários – previdência, saúde, seguro-desemprego, seguro de acidentes de trabalho e seguro para cuidados de longa duração – baixasse para menos de 40%, bem como a participação estatal no PIB, para 45,8% (patamar pré-unificação).[285]

O pacote englobou medidas nas diversas áreas sociais: direitos trabalhistas, previdência social, seguro social de saúde, seguro-desemprego, seguro social e renda-criança (*Kindergeld*).[286] Estas, segundo a coalizão governamental, seriam apenas correções necessárias e não atingiriam a estrutura do sistema de seguro social.[287]

A Lei de Alívio das Contribuições definiu uma série de restrições e medidas de contenção de gastos e estabeleceu em 0,4% a diminuição das taxas de contribuição para janeiro de 1997. Introduziu cortes na utilização de casas de restabelecimento (*Kur*), assistência odontológica e medidas de promoção; aumentou os valores de co-pagamento para *Kur* e medicamentos; reduziu em 10% o auxílio-doença sob responsabilidade das Caixas após a sexta semana de afastamento do trabalho e de 20% no auxílio pago pelo empregador (*Bundesrat-Drucksache*, 1996; Steffen, 1996b; Hüllen & Schnelle, 1996).

O ponto polêmico – a restrição que acirrou mais os ânimos – foi a redução do valor dos salários pagos no caso de afastamento do empregado por doença, benefício a cargo do empregador nas seis primeiras semanas. O valor foi reduzido de 100% para 80% do salário anterior. Benefício este conquistado para o conjunto dos trabalhadores assalariados ao final dos anos 60, às custas de importante mobilização e greves prolongadas.[288] A justificativa para os cortes seria o abuso de licenças.[289]

Além da redução do valor do auxílio-doença, os principais cortes do catálogo de serviços foram de ações de promoção da saúde e próteses dentárias, abolidas para os segurados nascidos após 1979. Jovens que completassem 18 anos a partir

---

285 Em 1995, o conjunto das contribuições sociais sobre salários era a participação dos gastos governamentais no PIB fora de 50,5% (BMAS, 1996a:8).

286 Cada criança moradora da Alemanha recebe 200 marcos por mês até completar 18 anos.

287 Para descrição detalhada do 'pacote', consulte Stotz e Giovanella, 1996.

288 Uma das greves mais importantes na história da luta dos trabalhadores pela continuidade do pagamento de salário em caso de doença foi a realizada em 1956-1957 pelos metalúrgicos em Schleswig-Holstein. Após 16 semanas de greve, os trabalhadores conquistaram elevação da complementação do benefício-doença – de responsabilidade das Caixas – paga pelos empregadores, com reposição de 90% dos salários.

289 Estudos com pacientes que recebem auxílio-doença, entretanto, mostraram que a maioria é de doentes crônicos, sobre os quais pesam financeiramente os cortes, concomitantes aos aumentos de co-pagamento (Braun, Helmert & Müller, 1997).

de 1997 não teriam direito à restituição de 50% dos tratamentos com próteses dentárias.[290] Ou seja, foi revogado este direito sob o argumento de que assim estes indivíduos teriam mais auto-responsabilidade na prevenção. Paralelamente às restrições, foram introduzidas medidas odontológicas profiláticas que viriam atenuar déficits de qualidade da atenção.

Outra medida incluída no pacote de economia (*Sparpaket*) consistiu na limitação das ações preventivas adicionais e de promoção da saúde oferecidas pelas Caixas, como os cursos para parar de fumar ou hidroginástica, programas educacionais ou subsídios para grupos de auto-ajuda. Apenas as medidas preventivas de maior necessidade continuaram a ser financiadas pelas Caixas. Medidas preventivas já regulamentadas e de diagnóstico precoce para grávidas, crianças e câncer, profilaxia dentária, vacinas, e *check-ups* permaneceram. Este corte é digno de nota, pois a exclusão do catálogo fez com que inúmeras iniciativas positivas de prevenção e promoção, introduzidas após a lei da reforma de 1988, fossem abortadas, ainda que supostos abusos com medidas de promoção da saúde possam ter sido identificados (Stegmüller, 1996b).

A inclusão desta lei como contribuição do Ministério da Saúde às medidas de contenção do *Sparpaket* significou a ruptura de acordo anterior de disposição para a negociação. Os social-democratas, em certo momento, mostraram-se propensos à negociação para a aprovação da terceira etapa da reforma do sistema de seguro social de saúde. Todavia, após o lançamento do 'pacote', o SPD passou a exigir, como condição para participar das negociações, que as leis fossem agrupadas e negociadas em conjunto, o que significaria a possibilidade de alteração do *Sparpaket*. Sem essa junção, o SPD negou-se peremptoriamente a participar da aprovação das outras leis para a terceira etapa (Süddeutsche Zeitung, 26.06.96).

Apesar dos protestos e de demonstrações maciças contra o 'pacote' organizadas pela Central Sindical (DGB) em diversas cidades, a coalizão governamental fez valer sua maioria no Parlamento (*Bundestag*) (FR.,08.09.96). Em 13 de setembro de 1996, o pacote foi aprovado e, com ele, a Lei de Alívio das Contribuições, por diferença de apenas quatro votos (TAZ, 14/15.09.96).

Os resultados do principal corte introduzido pela lei – redução no auxílio financeiro por afastamento do trabalho em caso de doença – fizeram-se notar de modo imediato. Em 1997, ocorreu declínio dos gastos do GKV com auxílio-doença e redução do número de dias de afastamento por motivo de doença (*Sozialpolitische Umschau*, 269/1997). Quanto aos salários pagos pelo empregador nas seis primeiras semanas de dispensa do trabalho por motivo de doença, o nível dos benefícios foi mantido nos acordos coletivos, na grande maioria dos ramos de produção, diante da forte resistência dos trabalhadores: operações-tartaruga, greves, manifestações de porta de fábrica e passeatas(FR, 25 e 26.09; 30.09; 04.10;10.10 e 06.12.1996).

---

[290] Note-se que, no Brasil, a maioria das ações cortadas não é coberta sequer pelos seguros privados.

Os trabalhadores ligados ao DGB mostraram-se firmes na defesa da continuidade do pagamento de salários integrais em caso de doença, o que produziu resultado positivo. Avaliações das negociações de acordos coletivos no ano evidenciaram que a maioria dos trabalhadores garantira a continuidade do pagamento de 100% dos salários nas primeiras seis semanas de licença por doença pelos empregadores e que, em alguns setores, fora assegurado mesmo a complementação da perda parcial do auxílio-doença pago pelas Caixas, também reduzido pelo 'pacote de economia' (Bispinck, 1997; FR, 21.05.97).[291] Em geral, apenas profissões de menor importância tiveram seus benefícios reduzidos conforme a lei.

Os resultados da implementação dos cortes do auxílio-doença definidos pela lei mostram que, à medida que o padrão legalmente estipulado é reduzido, amplia-se o campo para retorno de privilégios. São reatualizadas as desigualdades de direitos/benefícios entre categorias profissionais/ramos da produção conforme sua importância no processo de acumulação e grau de organização política, característica do modelo meritocrático-corporativo de proteção social.

Com a promulgação do'pacote econômico', a situação de disputa entre Caixas e governo agravou-se. As Caixas se posicionaram contra as medidas, tidas como falsos mecanismos de condução, e recusaram a possibilidade de redução das taxas de contribuição imposta pela lei. Ainda em 1996, pressionaram por aumentos das taxas de contribuição, tidos como imprescindíveis face aos déficits contabilizados.

Leis de Reordenação do Seguro Social de Doença

Ao final de setembro de 1996, logo após a promulgação da Lei de Alívio das Contribuições, a coalizão governamental divulgou nova proposta para a continuação da terceira etapa da reforma do Seguro Social de Doença (CDU/CSU/FDP, 1996c). Esta substituiu os dois projetos de lei anteriores rejeitados pelo Conselho Federal (*Bundesrat*) por alterarem competências das unidades federadas, de cuja concordância obrigatória dependiam.

A nova proposta governamental, composta pelos projetos das Leis 1 e 2 para Reordenação da Administração Autônoma e da Responsabilidade Própria no Seguro Social de Doença (GKV-*Neuordnungsgesetz*, 1. und 2. NOG), foi formulada de modo a dispensar a aprovação pelo Conselho Federal (*Bundesrat*), podendo, para tanto, a coalizão governamental fazer valer sua maioria no Parlamento (*Bundestag*) para aprovação.

---

[291] A garantia dos pagamentos, porém, na maioria dos casos, resultou de algum tipo de compensação pelos empregados.

Seguindo o estilo das leis de contenção de gastos anteriores, a legislação teve como objetivo principal a estabilização das taxas de contribuição. A coalizão governamental justificou as medidas como necessidade de limitação dos custos sociais do trabalho para melhoria da situação das empresas alemãs na competição internacional e a redução do nível de desemprego.

As justificativas imediatas para a intervenção governamental foram os repetidos déficits do Seguro Social de Doença (GKV) e o anúncio feito por diversas Caixas acerca da elevação das taxas de contribuição em conseqüência disso. Em 1995, o sistema apresentou déficit de 7,0 bilhões de marcos e, em 1996, de 6,8 bilhões (Quadro 4). Para o governo, estes déficits seriam decorrentes da falta de responsabilidade financeira das Caixas, que ultrapassaram seus orçamentos em diversos setores (Bundesregierung, 1996).

Com a terceira etapa da reforma, o governo pretenderia efeitos mais duradouros, colocando a estabilização das taxas de contribuição definitivamente sob a responsabilidade dos parceiros da administração autônoma. As regulamentações excessivas seriam abolidas. Apenas o "estritamente necessário seria regulado por lei, permanecendo somente os 'instrumentos de condução adequados para o controle da dinâmica dos gastos" (Bundesregierung, 1996:44). Argumentava assim ter por meta o fortalecimento das áreas de administração autônoma do sistema, o que estaria de acordo com o princípio da subsidiariedade, pois a vigência deste princípio implicaria na precedência da Administração Autônoma sobre a ação estatal direta.

A coalizão governamental mostrou-se avessa a qualquer negociação das Leis de Reordenação do GKV (NOG) com a oposição. Desse modo, a expectativa de que a terceira etapa da reforma resultaria de processo de negociação e acordos não se concretizou. Embora o período de discussão da terceira etapa tenha sido longo, o processo não foi de afinamento progressivo de propostas até a produção de acordo. Ao final, a coalizão governamental fez valer sua maioria parlamentar. Apresentou projetos, elaborados de modo a dispensar qualquer acordo com a oposição no Conselho Federal (*Bundesrat*), que foram aprovados com poucas alterações, o que significa mudança no modo negociado em que o processo de reforma vinha sendo encaminhado.

Na etapa anterior, a estratégia governamental para o aprofundamento das medidas de contenção havia sido a busca de consenso entre *experts* e de apoio do partido social-democrata, o que levara à introdução de importantes mudanças nas propostas governamentais apresentadas originalmente.

As Leis de Reordenação (1. e 2. NOG) definiram mecanismos drásticos de coação contra aumentos das taxas de contribuição, possibilitaram diversificação de contratos com segurados, aboliram regulamentações prévias e introduziram importantes restrições no catálogo de serviços, em especial ao tornar opcionais

parte das ações prestadas por outros profissionais não médicos, proposição posteriormente excluída da lei, além de medidas específicas para os diversos setores de atenção (Quadro 8).[292]

Uma das leis promulgadas (1. NOG) vinculou os aumentos das taxas de contribuição por parte das Caixas à majoração automática e compulsória dos valores de co-pagamento vigentes e definiu regra especial para desligamento da Caixa, possibilitando o desligamento imediato do segurado no caso de elevação da taxa de contribuição.[293] Alterou ainda as regras para dispensa de co-pagamento para pacientes crônicos (Bundestag, 1997a).

Quadro 8 – Principais medidas das Leis de Reordenação do GKV (1. 2. GKV-Neuordnungsgesetz) de 1997

Restrições da autonomia das Caixas	A elevação das taxas de contribuição é acoplada à majoração automática e compulsória dos valores de co-pagamento;
Regras adscrição	Regra especial para mudança de Caixa, no caso de aumento das taxas de contribuição;
Opções para contratos diferenciados com segurados	Franquia: assunção de percentagem dos gastos pelos segurados em contrapartida a taxas de contribuição mais baixas; Recompensa monetária pela não utilização; Restituição de despesas;
Restrições no catálogo	Aumentos de co-pagamento em 5 DM ou 5 pontos percentuais; reajustes bianuais; Novas restrições para próteses dentárias (exclusão de implantes e coroas de cerâmica); Introdução de participação financeira dos segurados em 20% para alguns meios de ajuda (bandagens, meias de compressão); Possibilidade de novas modalidades de co-pagamento para áreas de geriatria e tratamento para dependência de drogas;

(continua)

292 É extensa a segunda Lei de Reordenação (2.NOG), contando com 19 artigos que alteram quase cem parágrafos da legislação da área da saúde; entre estas, há 57 alterações do V Livro do Código Social (V SGB). Para maiores detalhes acerca do conteúdo das leis, consulte Giovanella, 1998.

293 Para cada 0,1 ponto percentual de aumento nas taxas de contribuição, as Caixas deveriam majorar em 1 marco os valores de co-pagamento para medicamentos, internações hospitalares, estadas em casa de restabelecimento (*Kurhaus*) e transporte de doentes. No caso de co-pagamentos definidos em percentagens de participação dos usuários nos gastos, estes aumentariam em um ponto percentual.

Outras alterações no catálogo	Novas medidas de profilaxia na atenção odontológica; Regulamentação da cobertura para pacientes terminais em regime de internação;
Desregulamentação	Abolição dos tetos orçamentários, atenção ambulatorial, medicamentos e 'outros métodos terapêuticos' e negociação do orçamento indicativo; abolição plano de equipamentos de grande porte; Abolição de regra de definição da necessidade de recursos humanos no setor hospitalar;
Regulamentação	Ampliação das competências Comissão Conjunta de Médicos e Caixas no planejamento de necessidades e no modelo de parcerias para outros métodos terapêuticos, cuidados domiciliares, *Kur*, reabilitação; Ampliação das competências das Caixas e hospitais no desenvolvimento dos pagamentos prospectivos diagnóstico-relacionados; Definição de teto orçamentário para gastos hospitalares acoplado à evolução das receitas de contribuição; redução escalonada de pagamentos em caso de ultrapassagem de orçamentos; Mudanças na remuneração médica: tetos de gastos por consultórios *Praxisbudget*; Redefinição do limite de acometimento da renda familiar para participação financeira de segurados e regra especial para paciente crônico; Definição de valor fixo para próteses dentárias substituindo a restituição de despesas;
Inovações na organização da atenção	Possibilidade de empreender projetos pilotos de novos modelos de organização da prestação e de formas de remuneração; Novas formas de organização da atenção: modelo assistencial segundo o qual o clínico geral ou consultórios associados em rede, escolhidos pelo segurado, responsabilizam-se pela garantia de atenção e pela qualidade e eficiência da atenção ambulatorial prestada, assim como pelo todo ou parte das prescrições e encaminhamentos solicitados.

A outra Lei de Reordenação (2.NOG) aumentou imediatamente os valores de co-pagamento em cinco marcos, maior aumento até então proposto, e ampliou as possibilidades das Caixas no estabelecimento de contratos diferenciados com os segurados, introduzindo alguns procedimentos típicos de seguro privado. Os segurados poderiam optar: pelo reembolso de despesas, pela restituição de parcela de contribuição como prêmio por baixa utilização e pela assunção de percentagem predefinida dos gastos. Estes mecanismos seriam opções para as Caixas em competição atraírem segurados. Servem, entretanto, à seleção de riscos, pois a competição por segurados não é apenas para manter uma fatia de mercado, mas,

em especial, para atrair uma parcela de segurados de baixo risco. A competição é, antes de tudo, competição pelos bons riscos, o que é facilitado por meio destes mecanismos, podendo induzir segmentação de clientelas.

Para a coalizão governamental conservadora-liberal, o setor hospitalar deveria passar 'definitivamente a assumir sua parte de responsabilidade na estabilização dos gastos'. Pela lei, a evolução dos gastos hospitalares foi mais rigidamente controlada, sendo definido teto para gastos setoriais. A possibilidade de majoração de orçamentos hospitalares e de preços dos procedimentos foi atrelada à evolução das receitas das Caixas e não mais à evolução dos salários do setor público como até então. Como auxílio de emergência (*Notopfer*), para a conservação dos hospitais foi introduzida contribuição anual de 20 marcos a ser paga pelos segurados nos próximos três anos (Bundesregierung, 1996).

Sob o mote da desregulação/desestatização (*Entstaatlichungsmassnahmen*), diversas regras legalmente definidas foram abolidas, e a responsabilidade pelas mesmas, transferidas para os parceiros da administração autônoma. O plano de equipamentos de grande porte[294] e a regra para definição da necessidade de recursos humanos em hospitais foram abolidos. O desenvolvimento do sistema de pagamento hospitalar, a ampliação do catálogo de diagnósticos e procedimentos para o pagamento prospectivo de valores globais por paciente internado também passaram a ser atributo conjunto de Caixas e hospitais (Bundesregierung, 1996).[295] Os tetos orçamentários fixos para gastos com medicamentos, atenção ambulatorial e outros métodos terapêuticos foram substituídos por indicativos negociados. Deveriam ser negociados entre médicos e Caixas tetos financeiros orientadores (*Richtgrösse*) por especialidade para o conjunto dos gastos desencadeados pelos médicos – medicamentos, outros métodos terapêuticos (Bundestag, 1997b).

A abolição desses tetos orçamentários significou importante ganho para os médicos, pois foram abolidas algumas das sanções coletivas pela ultrapassagem dos orçamentos para prescrições e o valor da unidade de serviço voltou a ser previamente fixado. A condição colocada pelo governo para a abolição do limite de gastos ambulatoriais foi a definição de sistema de pagamento que controlasse a expansão do volume de ações, com contra-incentivos à expansão, o que foi contemplado em novo sistema de pagamento, que definiu valores médios de unidades de serviço a serem pagas por caso tratado, denominado *Praxisbudget*. Incor-

[294] Segundo o plano de equipamentos de grande porte, vigente desde 1990, a cobrança pelos prestadores de ações relativas à utilização destes equipamentos só poderia ocorrer com o consentimento prévio da Comissão Estadual específica que se posicionava sobre a distribuição regional e equilíbrio da oferta desses equipamentos entre os setores hospitalar e ambulatorial (BMAS, 1994).

[295] Caso as Associações das Caixas e dos hospitais não entrem em acordo, uma nova comissão de arbítrio foi prevista.

porada na última hora, à lei, a mudança do sistema de remuneração ambulatorial fora acordada setorialmente (Bundestag, 1997b).[296]

Foi prevista maior competência da Comissão Federal Conjunta de Médicos Credenciados e Caixas, juntamente com os prestadores específicos, na definição de ações e orçamentos para diversos setores assistenciais, tais como: outros métodos terapêuticos, cuidados domiciliares, *Kur* e ações de reabilitação. O objetivo da medida seria combater as elevadas taxas de crescimento de gastos nestes âmbitos nos últimos anos. Com tal mecanismo, a coalizão governamental pretendeu concretizar a competência da (*Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*) Comissão Federal Conjunta de Médicos Credenciados e Caixas quanto à prescrição destas ações. Ao mesmo tempo, o procedimento proposto permitiria maior participação das organizações dos prestadores nas decisões pertinentes a suas áreas de competência. A partir da vigência da lei, as Associações Federais das Caixas e as associações dos prestadores específicos – fonoaudiólogos, massoterapeutas, fisioterapeutas e outros – passariam a acordar recomendações gerais para garantia da qualidade e eficiência da prestação dos serviços em pauta. Negociações estas nas quais os médicos tomam parte.

Com esta medida, a responsabilidade a respeito da garantia destas ações é transferida em grande parte para as Caixas e prestadores. Expande-se o modelo corporativo da prestação ambulatorial médico-odontológica a outras áreas da atenção, ao mesmo tempo em que se fortalece a posição dos médicos ao interior do sistema de atenção.

A coalizão governamental, para justificar suas medidas, argumentou estar fortalecendo princípios básicos do GKV. Os princípios de 'administração autônoma' e de 'subsidiariedade' implicariam, segundo o governo, a precedência da 'responsabilidade' dos participantes relativa à regulamentação estatal, e este seria um dos propósitos da terceira etapa.

Para evitar que a maior liberdade das Caixas produzisse explosão de gastos e conseqüente aumento das taxas de contribuição, seria necessário fortalecer a 'responsabilidade' financeira das Caixas, obrigando-as a alocar economicamente os recursos a sua disposição e a autorizar apenas as ações necessárias. O acoplamento da decisão de uma Caixa quanto ao aumento da taxa de contribuição ao acréscimo compulsório dos valores de co-pagamento e o direito especial de rescisão de contratos pelos segurados seriam as barreiras adequadas que obrigariam as Caixas a utilizar seus recursos de modo parcimonioso e a negociar contratos mais favoráveis. "A combinação entre maior grau de liberdade das Caixas, competição entre elas e liberdade de escolha para os segurados criaria condições básicas para que as Caixas lidassem de forma responsável com o dinheiro dos segurados" (Bundesregierung, 1996:45).

---

296 A reforma do sistema de remuneração médica foi incluída na lei, talvez como garantia de cumprimento do acordo.

Para o Ministério da Saúde, a medida estimularia o movimento de segurados, favorecendo a competição entre Caixas. Com este duplo mecanismo, por temor de perda de segurados e de colocar em risco sua própria existência, as Caixas seriam obrigadas a evitar ao máximo os aumentos das contribuições.[297] O acréscimo dos valores de co-pagamento teria efeito de mobilização dos segurados maior do que apenas o aumento das taxas de contribuição. Os segurados, em geral, têm certa lealdade a sua Caixa e desconhecem o quanto pagam de contribuição (pois é descontada no salário, tal como nossa contribuição previdenciária), mas são obrigados a pagar o valor do co-pagamento para medicamentos cada vez que aviam uma receita na farmácia, por exemplo.[298] Desse modo, segundo o argumento governamental, aumentos automáticos no co-pagamento seriam estímulo eficaz para os segurados mudarem de Caixa.

Embora esta restrição seja logicamente construída, não atinge o cerne da questão: problemas estruturais do financiamento e déficit de condução na prestação. A introdução do mecanismo proposto resultaria em dupla penalidade dos segurados e, em particular, dos pacientes. Estes tanto pagariam taxas de contribuição mais altas como quantias maiores quando da utilização dos serviços. Além disso, esse mecanismo coercitivo poderia vir a impor às Caixas, a médio prazo, a necessidade de introduzirem restrições à utilização de determinadas ações a fim de evitar aumentos nas taxas de contribuição.

Pelo tipo de medida proposta, subentende-se que, para a coalizão governamental, as Caixas disporiam de altas reservas de economicidade, estando em condições de evitar os repetidos déficits sem ter de recorrer a aumentos das contribuições. Contudo, boa parte do déficit é causado por excessivos gastos com medicamentos, para os quais nenhuma recomendação ou controle foi contemplada nessas leis. A elaboração de lista positiva, definida na Lei da Estrutura da Saúde (GSG), não foi retomada.

Com o mecanismo coercitivo, somado às outras medidas restritivas, o governo tentou retirar-se do cenário, obrigando as Caixas em competição a controlar taxas e gastos por meio de mecanismos coercitivos para garantir sua sobrevivência, e estipulou um nível mínimo de privatização, visando a evitar ônus para os empresários.

Torna-se assim transparente o significado para a 'reordenação da responsabilidade própria dos segurados'. Responsabilidade implica maior participação

---

[297] O partido liberal (FDP) e o ministro da Saúde Seeofer chegaram a propor, como alternativa ao aumento compulsório dos valores do co-pagamento, a opção pelo congelamento da parcela da taxa de contribuição paga pelos empresários, o que significaria assumir a despedida imediata e transparente do financiamento paritário. A proposta não foi aceita nem ao interior da coalizão governamental, mas serviu como ameaça para garantir o apoio dos descontentes ao mecanismo coercitivo e ao aumento dos valores de co-pagamento.

[298] Os segurados criticam mais os aumentos nos valores de co-pagamento do que as majorações das taxas de contribuição (Ulrich, Wemken & Walter, 1994).

financeira direta dos pacientes nos gastos: deslocamento de gastos do financiamento paritário para os domicílios privados. Além disso, a regra que obriga as Caixas a aumentarem os montantes de co-pagamento, as induz a procederem uma seleção de riscos, ou seja, a encontrar todas as formas para atrair os 'melhores riscos' e garantir balanço favorável.

As propostas da coalizão governamental foram muito criticadas, mas mesmo assim a maioria delas permaneceu na lei aprovada. Os críticos mais contundentes viram no novo pacote da coalizão governamental o desmonte do sistema de seguro social de saúde: seu princípio básico de solidariedade estaria sendo ferido e haveria o perigo de uma americanização do sistema de saúde alemão. Elevação nas taxas de contribuição, cortes no catálogo, aumento progressivo da participação dos segurados nos gastos, segmentação de clientelas, atenção recebida conforme as possibilidades financeiras individuais foram as tendências prognosticadas. Aumento da participação dos gastos de saúde como proporção do PIB e nível de saúde mais baixo seriam as últimas conseqüências (Steffen, 1996a).

A maioria dos principais atores setoriais posicionou-se contra a nova proposta da coalizão governamental. A Central Sindical (DGB - *Deutscher Gewerkschaftsbund*) repudiou fortemente a lei. As justificativas básicas apresentadas eram de que os princípios fundamentais do sistema de seguro social, solidariedade, necessidade e financiamento paritário, seriam atingidos, ao mesmo tempo em que não incluiria efetivas respostas aos problemas existentes (DGB, 1996b; DGB, 1996c). Empregadores e pessoas saudáveis seriam beneficiados; os doentes, prejudicados. A redução dos gastos financiados paritariamente teria como preço o aumento dos gastos financiados individualmente pelos segurados (DGB, 1996c).

Os médicos credenciados inicialmente lançaram nota conjunta com as Caixas, criticando a primeira das duas leis aprovadas (1.NOG). Concordaram com o objetivo de estabilização das taxas de contribuição por meio da renúncia a ações médicas desnecessárias e de mudanças no sistema de saúde. Contudo, os instrumentos apresentados no projeto de lei não seriam adequados. Outros caminhos deveriam ser buscados. Caixas e médicos credenciados dispor-se-iam a trabalhar conjuntamente para o desenvolvimento competitivo da estrutura de atenção, a exploração das reservas de racionalidade do sistema e a melhoria da qualidade da atenção, evitando ações desnecessárias e promovendo inovações na organização da atenção (KBV & Spitzenverbände der Krankenkassen, 1996).

Nesta nota, Caixas e Médicos consideraram que a obrigatoriedade de aumento do co-pagamento a cada elevação das taxas de contribuição seria injusta para os pacientes, os quais viriam a ser tratados desigualmente, de forma arbitrária, por uma ou outra Caixa. Por um lado, o direito à rescisão do contrato em curto prazo, por parte do segurado, não seria suficiente para minimizar a arbitrariedade, pois os contribuintes consideram a possibilidade de mudança de

Caixa apenas em último caso. Por outro lado, a majoração do co-pagamento não ocorreria necessariamente nas mesmas áreas da atenção responsáveis pela elevação das contribuições.[299]

Os empregadores declararam-se imediatamente favoráveis por meio do posicionamento da Federação Nacional das Associações de Empregadores Alemães (BDA, 1996). A Associação de Empregadores saudou o projeto de lei governamental para estabilização das taxas de contribuição do GKV. Demonstrou seu apoio ao acoplamento entre aumento das contribuições, co-pagamento e direito especial de rescisão de contratos, considerando-o mecanismo adequado de condução. A proposta governamental levaria, segundo a Federação de Empregadores, ao fortalecimento da administração autônoma, à ampliação da auto-responsabilidade dos segurados e à intensificação da competição.

A estratégia conservadora-liberal

As leis aprovadas baseiam-se em uma concepção da competição aqui denominada 'privatização da demanda', em concordância com Gerlinger & Stegmüller (1995b). Nesse caso, a competição expressa a perspectiva da privatização parcial da cobertura ao risco de adoecer. O que significa dizer que a reforma aprovada, além de reduzir a competição à concorrência entre as Caixas por segurados e em detrimento daquela entre os prestadores, concede prioridade a medidas de 'incentivo à racionalização do comportamento da demanda'.

Nessa tipologia podem ser enquadrados o co-pagamento em seus diversos aspectos, o estabelecimento de franquias e o bônus pela baixa utilização. Considera-se aqui adequada a qualificação 'privatização da demanda', atribuída à reforma aprovada, pois a ampliação do co-pagamento é a medida central da proposta, menos pela majoração imediata – tão elevada que isoladamente é suficiente para cobrir mais da metade do déficit existente – e mais por ser o mecanismo principal para coibir a elevação das taxas de contribuição. A obrigatoriedade de elevação do co-pagamento é usada como sanção para o caso de majoração das taxas de contribuição. Nesse sentido, o co-pagamento torna-se mecanismo coercitivo para a estabilização das taxas de contribuição.

A lei aprovada incluiu também medidas que podem ser consideradas como de 'racionalização da oferta', em especial as relativas ao sistema de pagamento das prestações sanitárias ambulatoriais e aquelas referentes às possibilidades de mo-

---

[299] Uma semana após esta nota conjunta, um representante da Federação das Associações de Médicos das Caixas (KBV) manifestou apoio à proposta governamental, exigindo maior participação financeira dos segurados e acusando as Caixas de pretenderem a seleção de riscos (FR, 15.11.96). Para as Caixas, a nova posição da KBV seria uma forma de tentar encontrar aliados no governo para a disputa relativa ao orçamento de medicamentos então em pauta.

dificação das formas de organização da atenção. Ainda que de modo pouco abrangente, as leis facilitam a diferenciação dos contratos das Caixas com os prestadores por meio da experimentação de novos modelos de organização, financiamento e remuneração, como também pelas chamadas novas 'estruturas organizacionais'. Em ambos os casos, os contratos somente poderão ser negociados com as Associações de Médicos das Caixas, restringindo bastante as possibilidades de diversificação.

A tentativa de implementação de novos modelos que permitem desvios da legislação em vigor, por sua vez, é restrita a projetos pilotos de prazo limitado. Já as formas inovadoras de 'estruturas organizacionais da atenção', modelos do médico generalista (*Hausarztmodell*), e consultórios em rede (*Vernetzen Praxen*) são definidas na lei e admitem menos flexibilidade. A experimentação destas inovações é permitida apenas no contexto de estabilização das taxas de contribuição, devendo concorrer para tal. Com alguns pressupostos similares ao modelo de *managed care* americano, estas novas formas organizacionais podem vir a ser difundidas como estratégia das Caixas em competição para oferecer preços baixos e garantir sua parte no mercado, tendendo a imprimir mudanças no modelo assistencial.

Outra série de medidas aprovadas pode ser qualificada de 'desregulação' e de deslocamento de competências para a administração autônoma. Assim, certas formas de controle legal foram diretamente abolidas e, simultaneamente, várias responsabilidades foram transferidas para a Comissão Conjunta de Médicos e Caixas. Assim, o controle passou a ser responsabilidade da administração autônoma em diversos aspectos da atenção, deixando de ser definido pela legislação.

A principal mudança em termos de 'deslocamento de competências' foi a expressiva ampliação das responsabilidades da Comissão Federal Conjunta de Médicos Credenciados e Caixas. Essa Comissão, existente há mais de 75 anos, é a responsável pela definição concreta do catálogo de serviços. Sua atuação, porém, tem sido mais no sentido de discutir a inclusão de inovações do que de avaliar a assistência individual curativa e as condutas médicas.[300] Além de assumir responsabilidades em substituição à parte das regulamentações abolidas, essa Comissão tem competências ampliadas em diversos aspectos da atenção. Suas diretrizes e decisões conformarão o fundamento da homogeneidade e uniformidade no GKV.

Se é verdade que se ampliam os espaços de atuação da chamada administração autônoma simultaneamente à retração das responsabilidades do Estado,

---

[300] A Comissão Conjunta de Médicos e Caixas atua por meio de comissões específicas por assunto. Atualmente existem dez comissões específicas: 'tratamento médico', 'prevenção', 'planejamento familiar', 'medicamentos', 'outros métodos terapêuticos', 'meios de ajuda', 'cuidados domiciliares', 'reabilitação incapacidade para o trabalho', 'planejamento de necessidades', avaliação de qualidade', 'psicoterapia' e 'hospital'. Foram elaboradas dezesseis diretrizes (oito delas nos anos 90) relativas a aspectos dos âmbitos de atuação dessas comissões específicas, mas nenhuma referente ao tratamento médico.

esse processo é em si mesmo comandado pelo Estado ao definir as condições da atuação da administração dentro de limites estritos de contenção. A responsabilidade pública transferida para provedores e prestadores reforça o esquema (neo)corporativo característico da organização do seguro social de doença alemão, mas são definidas, ao mesmo tempo, condições estritas para sua atuação. Em síntese, transferem-se competências para outros agentes de regulação e redefinem-se os propósitos e objetivos da regulação.[301]

A delegação de competências estatais aos órgãos de administração autônoma conjunta não significa que tenham sido ampliados diretamente os espaços de negociação e os graus de liberdade de ação destes organismos. As possibilidades de ação são canalizadas de antemão de acordo com os objetivos políticos da coalizão governamental. A política estatal contém uma série de precauções/dispositivos legais capazes de garantir que a introdução da competição incorra na privatização do risco de adoecer e que os interesses dos prestadores não sejam substancialmente refreados. A renúncia ao esgotamento de todas as reservas de economicidade e ao potencial de racionalização do sistema,[302] um dos itens da perspectiva política liberal conservadora, foi, por sua vez, clientelisticamente motivada[303] (Gerlinger, Giovanella & Michelsen, 1997).[304]

Com a lei da 'terceira etapa da reforma da saúde' intensificou-se a competição entre as Caixas em contexto financeiro restrito, induzindo-as indiretamente a implementar estratégias para seleção de riscos e de restrições no volume de ações oferecidas. Deste modo, o Estado intervém diretamente na modelagem do GKV por caminhos administrativos. Assim, não é possível falar apenas em 'corporativização' do sistema de saúde, ou em 'precedência para administração autônoma', pois este conceito obscurece a dimensão da política conservadora-liberal de direcionamento das ações dos atores. O Estado, como arquiteto da ordem política, transfere competências às caixas e associações de médicos credenciados – organizações de direito público –, porém, define os limites e âmbito em que a ação pode se desenvolver de forma rígida e detalhada.

---

301 A vigilância estatal permanece por meio de diversos mecanismos e órgãos. Mas, em termos analíticos, poder-se-ia dizer que a vigilância não se exerce sobre a finalidade de 'interesse geral', de garantia de proteção social como aquela do 'Estado nacional keynesiano'. A vigilância principal é efetuada sobre a estabilização das taxas de contribuição. É vigilância concernente à garantia dos interesses econômicos de um 'Estado competitivo nacional' (*nationalen Wettbewerbsstaat*) (Alvater, 1994a).

302 Embora o ministro da Saúde mencionasse, alguns meses antes da reforma, uma potencialidade de economia no sistema de cerca de 25 milhões de marcos por meio de regulação da prestação, ao final, a opção foi a ampliação das receitas por meio do co-pagamento (Schönbach, 1997).

303 Resguardando-se interesses dos médicos e da indústria farmacêutica, por exemplo.

304 Antes de tudo, as decisões resultam de claras opções políticas; não são exigência econômica.

Lei da Reforma do Seguro Social de Doença 2000

A coalizão social-democrata/verdes, logo após a sua vitória eleitoral, em outubro de 1998, desencadeou nova fase de reformas do setor saúde. Ainda em 1998, acordou a revogação das principais restrições introduzidas nas leis da terceira etapa e em 1999 foi aprovada nova legislação setorial.

A ministra da Saúde, Andrea Fischer, do Partido Verde, apresentou, em novembro de 1998, como legislação de 'partida', a Lei para o fortalecimento da solidariedade no GKV (*Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV-Vorschaltgesetz*), tornando sem efeito as mais importantes restrições introduzidas com a 'terceira etapa' e definindo regulamentações de curto prazo.

Após pequenas reformulações, a lei foi aprovada no parlamento pela coalizão governamental que contava com a maioria no Conselho Federal (*Bundesrat*), tendo entrado em vigor em janeiro de 1999. O novo governo, desse modo, sinalizou estar cumprindo promessas de campanha. A nova legislação derrubou mudanças estruturais de caráter neoliberal, introduzidas pelo governo anterior sob pressão de seu parceiro de coalizão, o partido de inclinação liberal (FDP) (Deppe, 2000).

A legislação englobou três tipos de medidas: 1) delimitação de gastos: a lei condicionou o aumento de despesas à evolução das receitas de contribuição e fixou tetos orçamentários para gastos em todos os setores de atenção; 2) redução do co-pagamento e das restrições de benefícios: foi reintroduzida a cobertura de próteses dentárias para nascidos após 1978, abolido o mecanismo referente ao aumento compulsório dos valores de co-pagamento no caso de elevação das taxas de contribuição pelas Caixas, reduzidos os valores de co-pagamento para medicamentos[305] e eliminado o co-pagamento para sessões de psicoterapia; 3) abolição de elementos do seguro privado: a lei suspendeu a possibilidade de introdução de franquias, restituição de despesas e pagamento de bônus (Am Orde, 1999).

De modo concomitante à provação da lei, iniciou-se a discussão para a 'Reforma 2000'. Estiveram em discussão medidas relativas à reorganização do sistema de atenção e à definição de teto orçamentário para o GKV. Entre as propostas de mudanças no modelo assistencial, destacam-se o fortalecimento do papel dos clínicos gerais na coordenação da atenção e diversos estímulos à maior cooperação entre clínicos gerais e especialistas e à articulação entre os setores ambulatorial e hospitalar. No centro da agenda pública esteve o debate de um orçamento global (*Globalbudget*). Discutiu-se ainda reordenação do mercado farmacêutico, reformas na formação médica, melhor controle sobre as especialidades médicas (Am Orde, 1999).

---

305 Valores reduzidos para 8, 9 e 10 DM, anteriormente elevados para 9, 11 e 13 DM, de acordo com o tamanho da embalagem.

Na discussão da nova reforma, enquanto a Central Sindical (DGB) e as Caixas posicionaram-se de modo favorável, formou-se forte resistência por parte dos empresários, indústria farmacêutica, hospitais, farmácias e especialmente por parte da corporação médica.[306] Esta mobilização manteve-se contínua durante toda a fase de elaboração da nova proposta governamental para a Reforma da Saúde 2000, cujas diretrizes foram apresentadas em março de 1999 e encaminhadas ao parlamento.

Em novembro de 1999, o Conselho Federal (*Bundesrat*), no qual no entremeio a coalizão governamental perdera a maioria, rejeitou o projeto de lei, tendo todos os 16 estados da Federação votado contra: os governos de oposição por críticas ao conteúdo da lei e os governos da coalizão social-democrata-verde por conta de questões formais de apresentação do texto.

Após a derrota no *Bundesrat*, nova versão da lei foi enviada ao parlamento, tendo sido elaborada legislação em separado a respeito de compensação financeira de estrutura de riscos para a Alemanha como um todo. Desse modo, a Lei da Reforma do GKV 2000 (*GKV - Gesundheitsreformgesetz 2000*) foi aprovada pela maioria no Parlamento (*Bundestag*), em 16 de dezembro de 1999. A Lei para Adaptação do Direito no Seguro Social de Doença, unificando a compensação financeira da estrutura de riscos até então separada para as regiões ocidental e oriental foi aprovada no Conselho Federal em 17 de dezembro com o apoio dos governos democrata-cristãos da região oriental; por conta dos importantes aportes financeiros, daí decorrentes para esta região. As leis aprovadas entraram em vigor em janeiro de 2000.

A política de saúde da coalizão rosa/verde diferencia-se da conservadora-liberal, contudo, apresenta certa ambivalência. Por um lado, cria incentivos para uma atenção de melhor qualidade, mais voltada para a atenção integral dos pacientes. Por outro lado, intensifica a contenção, estabelecendo controles de gastos para todos os setores (Deppe, 2000).

A nova legislação reiterou o princípio de estabilização das taxas de contribuição para a evolução das receitas do Seguro Social de Doença, condicionando-a ao ritmo de crescimento da massa salarial de contribuição, o que contradiz proposições social-democratas anteriores que defendiam acoplar a evolução das receitas à dinâmica de desenvolvimento da economia como um todo (PNB). A definição de um teto global (*Globalbudget*) com estas características garantiria uma evolução de despesas do GKV *par i passu* ao crescimento da riqueza da nação, além de permitir realocar recursos entre os setores de atenção. O controle de evolução das receitas passou a ser feito de modo permanente por meio da definição de tetos máximos de gastos para cada um dos setores de atenção, mecanismo até então restrito a algumas áreas e por prazos curtos.

---

[306] Os médicos das Caixas realizaram inclusive um dia de paralisação ainda em dezembro de 1998.

Embora não tenha ocorrido completa ruptura com a política de contenção levada a cabo até então, tendo-se reafirmado a necessidade de controle de gastos, a coalizão governamental rosa/verde, todavia, redirecionou o processo, centrando suas medidas em mudanças na organização da atenção, de modo a enfrentar problemas da oferta e estrutura da atenção.

Diversas inovações na organização da atenção, com o intuito de torná-la mais efetiva, são introduzidas. Busca-se redirecionar a assistência no sentido de uma atenção integrada, voltada para os pacientes, na qual as ações preventivas adquirem maior relevância, paralela a incentivos ao exercício de uma medicina com base em evidências. A geração de redes integradas de atenção é incentivada e promove-se a articulação dos setores ambulatorial e hospitalar. A posição dos clínicos gerais no processo de atenção é fortalecida por meio de diversas medidas. No setor hospitalar, expande-se o sistema de pagamentos por procedimentos e regulamenta-se a contra-referência (Quadro 8).

Com a política de saúde social-democrata/verdes, a posição das Caixas frente a prestadores e produtores de insumos é fortalecida. Altera-se a tradicional assimetria de poder caracterizada pela dominância dos prestadores, em particular os médicos. As Associações de Médicos das Caixas deixam de ter o monopólio na definição de toda e qualquer modalidade de atenção ambulatorial e os clínicos gerais (*Hausarzt*) passam a ter maior autonomia ao interior dessas associações. Na assistência farmacêutica, derivada da definição pela lei de uma 'lista positiva' para medicamentos, a posição das Caixas é reforçada frente à indústria farmacêutica, forte opositora deste tipo de medida.

A competição ao interior do sistema é modificada. Com a possibilidade de organização de novos modelos assistenciais e contratos diferenciados com prestadores, estimula-se a competição pelo lado da oferta de serviços. Por sua vez, a competição entre as Caixas poderá aumentar em decorrência da possibilidade de opções dos contribuintes por redes de atenção diferenciadas. A situação financeira das Caixas da região oriental será melhorada por meio de transferências da região ocidental decorrentes da unificação progressiva (2001-2007) da compensação financeira da estrutura de riscos, até então separada entre as regiões ocidental e oriental.[307] Favorece-se a posição do seguro social, sendo reduzidas vantagens competitivas dos seguros privados e melhorada a proteção de beneficiários idosos do seguro privado.

---

307 Estima-se transferências de até 5 bilhões de marcos para região oriental.

Quadro 9 – Lei da Reforma do Seguro Social de Doença 2000 (*GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000* e *Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung*) – Principais Medidas

Dimensões	Medidas	Objetivos
Financiamento	Definição de tetos orçamentários por setor (ambulatorial, hospitalar, reabilitação, assistência farmacêutica, outros métodos terapêuticos, clínica de restabelecimento), crescimento de gastos acoplado a taxas médias – definidas em lei – de evolução das receitas de contribuição (massa salarial);	Estabilização das taxas de contribuição; Contenção de gastos;
RSA	Unificação progressiva (2001-2007) da compensação financeira da estrutura de riscos – RSA – entre as regiões ocidental e oriental;	Melhoria da situação financeira das Caixas da região oriental;
Assistência farmacêutica	Elaboração de lista positiva de medicamentos; Criação de Instituto para Prescrições Medicamentosas;	Melhoria qualidade das prescrições; utilização racional, redução de custos;
Organização do sistema de atenção	Criação de redes integradas de atenção envolvendo prestadores ambulatoriais, hospitais e unidades de reabilitação (*managed care*); incentivo à utilização das redes pelos segurados mediante bônus; experimentação de novos modelos de organização da atenção sem o consentimento prévio das *Kvens*; Incentivos à Atenção por clínico-geral (*Hausarzt*): contra-referência obrigatória para o clínico geral; bônus para pacientes que se disponham a procurar outros prestadores somente quando encaminhados pelo clínico; Criação de Comissão de Clínicos Gerais ao interior das Associações de Médicos das Caixas (*Kven*); separação da remuneração ambulatorial distribuída por essas associações em geral e especializada;	Contenção de custos; aumento da competição entre prestadores; atenção integrada ao paciente; redução da assimetria de poder entre Caixas e prestadores (quebra de monopólio das Associações de Médicos das Caixas); fortalecimento da posição do clínico geral como coordenador da atenção ao paciente; prioridade 'atenção primária'; Estímulo à criação de porta de entrada;
Credenciamentos de médicos	Credenciamentos regulados por critérios de necessidade, segundo relação nº médicos/nº segurados;	Racionalização da oferta;
Controle de contas ambulatoriais	Redução de limiares de ultrapassagem de orçamentos (15% para 5%) para auditoria das contas de consultórios e para devolução de remuneração a mais por parte dos médicos (25% para 15%);	Controle de gastos;

Quadro 9 – Lei da Reforma do Seguro Social de Doença 2000 – Principais Medidas (cont.)

Dimensões	Medidas	Objetivos
Atenção hospitalar	Generalização do sistema de pagamento por procedimentos (*DRG-Diagnosis Related Groups*); maior rigidez no controle de gastos; catálogo de cirurgias ambulatoriais acordado entre Associações de Médicos e Hospitais;	Eficiência; controle de gastos;
Prevenção	Obrigatoriedade das Caixas em prover medidas de prevenção primária e de atuação nos locais de trabalho; ampliação de medidas de profilaxia da cárie dentária; apoio a grupos de auto-ajuda;	Melhora do estado de saúde; reintrodução de ações preventivas abolidas em 1996;
Qualidade das ações	Obriga prestadores a garantir qualidade de resultados dos serviços prestados e acompanhar desenvolvimento científico e tecnológico; Comissão Federal de Médicos e Hospitais definirá critérios para garantia de qualidade; cria Comissão Federal de Hospitais responsável pela avaliação de novos métodos diagnósticos e terapêuticos e sua incorporação ao catálogo de ações GKV; cria Grupo de Trabalho para Promoção da Garantia de Qualidade da Atenção Médica com a participação das organizações de prestadores e seguros, e uma Comissão de Coordenação com a incumbência de elaborar protocolos para diagnóstico e tratamento de enfermidades;	Garantia de qualidade; controle de prestadores; Promover 'medicina baseada em evidências';
Reabilitação/*Kur*	Flexibilização dos tempos máximos de internação para prevenção e reabilitação; Reconhecimento das medidas de treinamento e de educação de pacientes como reabilitação; Aumentos dos subsídios financeiros diários para crianças com doenças crônicas e elevação dos tempos de internação para prevenção para 4 a 6 semanas; inclusão dos gastos dos pacientes com co-pagamento em reabilitação no limites de acometimento da renda familiar;	Melhoria proteção crianças com doenças crônicas; Desonerar pacientes;
Assistência psiquiátrica	Terapias de 'socialização' incluídas no catálogo; permissão para atenção ambulatorial em hospitais psiquiátricos ou gerais;	Desospitalização de doentes mentais;
Regulação seguros privados	Restrições para ingresso no GKV de beneficiários idosos de seguros privados; restrições para elevação de prêmios de segurados com idade maior de 55 anos; fortalecimento da tarifa padrão do seguro privado;	Redução competição predatória entre GKV e seguros privados; melhoria da proteção de beneficiários idosos do seguro privado;
Proteção pacientes/ Consumidores	Criação de unidades de aconselhamento e orientação aos pacientes/consumidores para o conjunto das Caixas.	Redução da assimetria de informações entre pacientes e prestadores.

Fonte: Bundestag-Drucksache 14/2369 de 15.12.1999; Bundesrat-Drucksache 732/99 e 733/99 de 16.12.1999.

Em síntese, a Lei da Reforma do Seguro Social de Doença 2000 (*GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000*) fortaleceu a posição do GKV frente aos prestadores de serviços. A competição ao interior do sistema foi modificada. Ampliou-se a competição, não entre Caixas, como ocorrera nas etapas anteriores da reforma, mas sim entre prestadores, em particular, no setor ambulatorial por meio da criação de redes integradas de atenção e do fortalecimento da atuação de clínicos gerais no processo de atenção. A introdução destes incentivos à concorrência pelo lado da oferta é paralela à difusão cada vez maior de mecanismos gerenciais advindos da experiência empresarial privada na gestão das Caixas provedoras de proteção social ao risco de adoecer.

Diversas das medidas introduzidas com a Lei da Reforma do GKV 2000, como apontado acima, estão direcionadas a enfrentar parte dos principais problemas do sistema de atenção e têm alguma potencialidade para tal. Como apresentado nos capítulos referentes à descrição e análise do seguro social de doença e setores de atenção, os problemas identificados por diversos dos atores sociais no sistema de atenção dizem respeito: à ênfase nos aspectos curativos e em sua inadequação para resolver problemas crônico-degenerativos; ao papel secundário da prevenção e promoção da saúde; às ineficiências do sistema de atenção decorrentes de estruturas inadequadas, bem como a estímulos equivocados e deficiências na garantia de qualidade; falta de integração do sistema de atenção, em especial, a não articulação entre atenção ambulatorial e hospitalar; predominância da oferta na definição da quantidade, preço e qualidade dos serviços – assimetria das relações de poder entre Caixas e prestadores, com dominância dos últimos, em particular, os médicos –; regulação insuficiente do setor farmacêutico, entre outros. Embora o conjunto de medidas não dê conta de toda a abrangência destes problemas, as modalidades de intervenção selecionadas estão mais direcionadas aos problemas da atenção do que na terceira etapa, apresentando escopo mais amplo do que os objetivos estritos de contenção.

O processo de contenção de gastos no Seguro Social de Doença encontra assim um novo equilíbrio, ponto mediano entre os princípios de subsidiariedade e solidariedade, possibilitado pela nova correlação de forças parlamentares na aprovação da lei. Contudo, somente a efetiva implementação das medidas aprovadas poderá sinalizar mudanças reais na política de saúde.

6 Estratégias de Contenção em Saúde

As reformas do Seguro Social de Doença alemão durante os anos de 1990 inserem-se em processo de contenção de gastos. Desse modo, a 'terceira etapa da reforma da saúde' não pode ser considerada uma 'reforma sanitária' no sentido positivo do termo. Diversos autores qualificam como 'reformas sanitárias' processos político-sociais referentes a mudanças administrativas e organizacionais com o objetivo de produzir impactos positivos em saúde, considerada a atenção à saúde como luta contra a doença e a promoção da saúde de forma ampliada, relacionada aos diversos âmbitos econômicos e sociais de determinação do processo saúde-enfermidade (Berlinguer, 1988; Fleury, 1989; Testa, 1987).[308] Nesse sentido, reordenações do sistema de saúde, que visam a conter gastos e alcançar maior eficiência econômica, não poderiam ser descritas sob tal conceito.

A maioria das iniciativas de reforma teve como ponto de partida déficits financeiros, colocando em segundo plano problemas diagnosticados na utilização e prestação de ações de saúde e questões relativas ao estado de saúde da população. Com o propósito principal de estabilização das taxas de contribuição, a estratégia eleita foi a ampliação da competição ao interior do sistema de proteção e atenção à saúde.

A elevação das taxas de contribuição, como discutido anteriormente, esteve relacionada não apenas à dinâmica dos gastos, induzida pela oferta e por mecanismos inadequados de regulação, mas também ao comportamento das receitas. Essas taxas permaneceriam estáveis caso a participação da renda do trabalho assalariado na economia nacional e o nível de ocupação também tivessem sido sustentados em patamar constante, garantindo base de arrecadação compatível. A base de financia-

308 No contexto do 'reformismo', reformas são mudanças positivas nas regras e instituições sociais, previamente planejadas, direcionadas à redistribuição de poder e bens na sociedade e de ampliação da liberdade de participação, em decorrência de acordos entre grupos sociais mais poderosos e outros até então desfavorecidos (Nohlen, 1989; Bobbio, Matteucci & Pasquino, 1986).

mento do Seguro Social de Doença sofreu estreitamento resultante da evolução menos positiva da economia e de políticas econômicas neoconservadoras, que levaram a perdas reais dos trabalhadores assalariados e ao aumento do desemprego.

Se o problema é de receitas, seria preciso ampliar a base de arrecadação, o que defendem setores mais à esquerda, propondo, além do combate ao desemprego, a ampliação da inclusão de todos os trabalhadores e/ou população ocupada, por meio do asseguramento obrigatório, no seguro social, e o aumento do salário limite de contribuição em reforço à solidariedade. A ampliação da base para o cálculo de contribuições teria efeito positivo imediato sobre as receitas, permitindo redução das taxas de contribuição, principal objetivo sempre renovado das reformas. Para outros autores, se o problema é a base da arrecadação, a solução estaria em mudança radical: modificação do modelo de seguro social para um sistema universal financiado com recursos fiscais (Offe, 1990; Mayntz & Scharpf, 1995).[309]

A terceira etapa da reforma da saúde objetivou, mais uma vez, intervir nesta dinâmica, mas as principais medidas aprovadas estiveram em claro descompasso com os diagnósticos mais apurados sobre o problema da expansão dos gastos em saúde e de erosão das receitas. Não se dirigiram a soluções direcionadas a ampliar a receita (de forma solidária), cuja erosão, embora denunciada e explicada com diferentes ênfases por conservadores e setores de esquerda, é amplamente reconhecida; tampouco resolveram problemas na prestação ou melhoraram controles sobre prestadores e produtores de insumos setoriais.

A discussão realizada no capítulo 4 sobre as causas arroladas para os aumentos das despesas em saúde evidenciou a importância das formas de organização da prestação e de emprego das tecnologias médicas como os principais fatores responsáveis pelo incremento de gastos. As políticas aprovadas na terceira etapa, contudo, não tomaram como objeto prioritário estes fatores e sim, como discutido, dirigiram-se a privatizar a demanda.

A terceira etapa, portanto, pode ser caracterizada como neoconservadora, pois teve como objetivo principal a contenção de gastos setoriais. As escolhas realizadas estiveram relacionadas à política econômica e aos interesses empresariais de contenção de custos sociais do trabalho, expressão de uma estratégia de acumulação orientada à melhoria da posição do capital alemão na competição internacional. O enfrentamento de problemas na organização do sistema e na

---

309 Nessa perspectiva, o modelo universalista adotado no Brasil seria avançado. Autores que apontam o problema do desemprego como estrutural – mudanças na esfera do mercado de trabalho, não apenas na redução de postos de trabalho, mas também maior rotatividade, períodos mais freqüentes de desemprego etc. – indicam os sistemas universais com base em contribuições fiscais como melhor alternativa à proteção (Offe, 1990; Mayntz & Scharpf, 1995). Contudo, também para defensores da redução dos custos sociais do trabalho, um sistema universal de base fiscal é apontado para reduzir custos sociais do trabalho e melhorar a posição de competitividade do país (Biedenkopf, 1993).

qualidade da atenção, quando aventado, esteve subordinado aos propósitos de redução de despesas. Embora impulsionadas pela retórica da eficiência, as principais medidas propostas estiveram direcionadas ao deslocamento de gastos para os pacientes, reduzindo despesas financiadas solidariamente.

Ambas as concepções para a competição – tanto a de 'privatização da demanda' como a de 'concorrência da oferta' – presumem a estabilização das taxas de contribuição, o que implica dizer que visam ao controle de gastos, lembrando, porém, que sob perspectivas distintas e com repercussões opostas sobre a eqüidade do sistema. Enquanto os atores que formulam a concepção da 'concorrência da oferta' fazem diagnóstico amplo sobre problemas da estrutura de atenção e recomendações abrangentes para a reorganização da oferta, as medidas aprovadas na terceira etapa pela coalizão conservadora-liberal enfatizaram restrições, optando-se por medidas de controle da demanda e a introdução de mecanismos de mercado, deslocando-se gastos para os segurados.

O objetivo reiterado das políticas de contenção tem sido o aumento da eficiência: o emprego ótimo/racionalizado de recursos. O termo eficiência, contudo, é empregado com diferentes significados, podendo corresponder a propósitos diversos, como ocorre com as concepções da competição. Quando se trata de políticas de contenção, com foco em cortes e restrições, o presumido alcance de maior eficiência resulta menos de melhor emprego dos recursos e mais da redução dos meios empregados, por intermédio do deslocamento de gastos para os usuários, e, com isso, em diminuição de gastos públicos.

É necessário portanto diferenciar contenção de gastos de redução de custos. Custos referem-se aos preços unitários dos produtos e sua redução teria o sentido de maior eficiência, quer dizer, de conseguir gerar um produto com emprego de quantidade menor de recursos. Por sua vez, contenção de gastos implica, na maioria das vezes, em cortes de despesas, ocorrendo uma redução dos gastos totais mais em conseqüência da diminuição do número de produtos distribuídos do que do alcance de maior produtividade. A contenção de gastos, todavia, coage à contenção de custos, podendo ocorrer paralelamente aos cortes de gastos e à redução de custos.

O esclarecimento a respeito dos significados do termo eficiência é importante, pois, hipoteticamente, racionalizar o emprego de recursos poderia contribuir para o alcance de maior efetividade e de níveis mais elevados de garantia da atenção, sendo assim, objetivo sempre almejado. Contudo, quando o alcance de maior eficiência torna-se o objetivo 'principal', ele elude os propósitos de contenção de gastos. Isto é, alcançar maior eficiência por meio de melhor aplicação de recursos é objetivo imprescindível para se atingir melhores níveis de atenção, ainda mais quando os recursos são escassos, como no caso do Brasil, onde tanto os recursos alocados são baixos, quanto sua aplicação apresenta problemas; entretanto, tomado como objetivo em si, pode resultar apenas em contenção.

As estratégias de contenção impulsionadas pela coalizão conservadora-liberal durante os anos de 1990 na Alemanha tiveram como eixo a ampliação da competição no setor saúde, articulada a uma série de medidas, as quais, em sua maioria, podem ser ordenadas como de 'racionalização da demanda', além de outros mecanismos de 'racionalização de oferta', classificação empregada para a qualificação de medidas de contenção/promoção da eficiência. Entre as primeiras, destaca-se o co-pagamento como principal mecanismo restritivo, e entre as segundas, inovações na organização da atenção, pelas suas potencialidades em imprimir nova direcionalidade ao modelo assistencial no sentido de uma atenção integrada e integral.

Competição

A crítica à ampliação da competição no seguro social de doença (GKV) não se esgota na crítica ao modelo de competição do governo conservador. Fundamentalmente, a competição é incompatível com o princípio de solidariedade que rege o sistema, pois em situação de competição, o que move os participantes são os ganhos econômicos.

A lógica da competição é a seguinte: colocadas as Caixas em relações competitivas, estas procurarão tornar-se atrativas ao máximo para aqueles segurados que signifiquem maiores ganhos, mais saudáveis e melhor remunerados, e, ao mesmo tempo, evitarão ao máximo aqueles que apresentem maior risco de adoecer ou com morbidade mais elevada. Nesse caso, o objetivo de melhoria da qualidade da atenção tem seus valores invertidos, em especial na atenção a pacientes crônicos. A necessária definição de grupos de riscos para uma melhor atenção, aos quais devem ser oferecidas ações concentradas de prevenção e diagnóstico precoce, não tem correspondência com a lógica que os exclui e seleciona negativamente.

Por meio da competição, tende a ocorrer a privatização e a seleção de riscos, uma vez que, para garantir menores preços no mercado, os estímulos são para que se cobre mais dos grupos de maior risco e se amplie a participação direta dos pacientes. As desigualdades nas chances de adoecer e de oportunidades em decorrência do estado de saúde já existentes tendem a ser sedimentadas ou aprofundadas, ao mesmo tempo em que se quebra a solidariedade entre saudáveis e doentes (Gerlinger & Stegmüller, 1995a).

Diversas características do bem 'saúde' fazem com que os mecanismos de mercado não sejam adequados ao controle de sua prestação e distribuição, tornando imprescindível a regulação estatal (Donaldson, & Gerard, 1992).[310] Em ter-

[310] Algum tipo de intervenção estatal ocorre em grande parte dos mercados, seja por meio de subsídios aos consumidores ou fiscalização dos produtores, como é, por exemplo, o do setor de alimentos. Mas as características do bem saúde fazem com que a intervenção estatal deva ser mais ampla do que em outros mercados.

mos morais, pode-se considerar saúde como um bem especial, bem de mérito, que não deveria ser comprado ou negociado no mercado, pois não existe mercadoria equivalente para a satisfação da necessidade saúde.[311] O meio de troca, o dinheiro, equipara diferentes qualidades, quantificando-as. Saúde, porém, não é bem quantificável.

Nos tratados de economia da saúde são assinaladas tradicionalmente diversas especificidades do bem saúde que tornam o mercado setorial imperfeito: a assimetria de informações entre prestadores e consumidores; as externalidades que ocasiona – o não cuidado da saúde de um pode trazer malefícios para os outros, da mesma forma que o cuidado individual pode trazer vantagens para o grupo –; a inelasticidade da demanda para situações graves – por se tratar da sobrevivência, esta não diminui com o aumento de preços e o demandante está disposto a alocar o máximo que puder disponibilizar – a imprevisibilidade da demanda do ponto de vista individual, entre outros (Donaldson & Gerard, 1992; Iunes, 1994; Arrow, 1963). Além disso, não há garantia de resultados; o produto não pode ser devolvido nem o serviço refeito.

As relações entre oferta e procura no setor saúde apresentam particularidades que as distinguem de outros mercados. Em virtude da predominância dos prestadores – em particular, os médicos –, não pode ocorrer o suposto equilíbrio das interações entre oferta e procura. Menos ainda, vigorar a soberania do consumidor. Especificidades do bem saúde fazem com que grande parte da demanda seja definida pelo prestador e não pelo consumidor. Na qualidade de consumidores, a demanda (primária) dos pacientes por ações de saúde é inespecífica, vindo a ser de fato definida mediante aconselhamento do médico: 'demanda induzida pelo prestador' (Evans; Cromwell & Mitchel apud Donaldson & Gerard, 1992).

Os médicos dominam o sistema de saúde como nenhum outro grupo em seu ramo específico (Reiners, 1996). Detêm socialmente o direito e a liberdade de abordar o sofrimento de acordo com seu conhecimento, podendo decidir, em grande parte, a demanda pelos serviços que irão prestar. Além disso, a demanda por ações de saúde, avaliadas as necessidades de saúde, é inelástica em relação aos preços, uma vez que a necessidade de consumo não cresce diretamente com a redução de preços nem diminui com preços crescentes, tendo-se em mente que a necessidade de tratamento médico independe dos preços. Assim, o sistema de saúde não pode ser regulado ou conduzido pelos mecanismos da oferta e procura.

Esta posição dominante dos prestadores expressa-se não apenas em nível individual, na relação médico-paciente, mas também na relação médicos-caixas. Desse modo, a eliminação da predominância da oferta, ou seja, a desigualdade nas

---

[311] Contudo, na interpretação econômica clássica, a assistência médica é considerada como um bem privado, uma vez que "é um serviço que beneficia a pessoa que o consome e que uma vez consumido por uma pessoa, não o pode ser por outras" (Almeida, 1998:41).

relações de poder entre Caixas e prestadores de serviços é pressuposto importante para a contenção mais efetiva de gastos, dado que os prestadores têm grande influência nessa definição. É difícil, porém, que esta seja alcançada por meio de mecanismos que estimulem a competição entre as Caixas como aqueles propostos pela coalizão conservadora-liberal. Somente ao final da década, com a Lei da Reforma do Seguro Social de Doença 2000, após a mudança de governo, foram introduzidas medidas com potencialidade de fortalecer a posição das Caixas frente aos prestadores de serviços.

Outro perigo introduzido pelo aprofundamento da competição é o distanciamento ainda maior entre a atuação das Caixas e os objetivos em saúde. Com a escolha da competição, os gastos precisam ser aferidos de acordo com o ponto de vista da amortização dos riscos a curto prazo, o que resultará no baixo interesse na implementação de medidas preventivas, cujos rendimentos só podem ser contabilizados a longo prazo.

Ao contrário do suposto pela coalizão governamental conservadora-liberal e apregoado por defensores de cortes nos setores sociais, maior competição ou a vigência de mecanismos de mercado não configuram garantias de oferta de preços mais baixos. Exemplo maior disto são os altos gastos em saúde nos EUA, onde os mecanismos de mercado são muito difundidos (Behrens et al., 1996; Stone, 1996).[312] Com base na experiência norte-americana, diversos autores demonstram a inadequação dos mecanismos de competição para alcance de maior efetividade, eficiência e capacidade inovadora do sistema de atenção à saúde (Morone, 1996; Stone, 1996; Schlesinger, 1996).

Com o aumento da competição entre Caixas, cortes de ações não rentáveis, nem por isso menos importantes, ou a introdução de outras mais caras, às vezes necessárias, são alterações mais fáceis de ocorrer do que o alcance de maior eficiência (Gerlinger & Stegmüller, 1995a). Além disso, a concorrência por segurados faz crescer de modo desproporcionado os custos de administração e *marketing*, o que atenta contra a eficiência (Reiners, 1996).[313] Igualmente, não é possível deixar de notar que a qualidade pode ser descurada na pressão da concorrência por menores preços (Nolan, 1996). Um catálogo de serviços único não é suficiente para a manutenção da qualidade. O segurado, transformado em consumidor no mercado da saúde, tem poucas condições para avaliar a qualidade dos serviços prestados.

---

312 Nos EUA, apenas 20% da população é coberta por esquema público de proteção à saúde (*Medicare*), federal para velhos, (*Medicaid*), federal/estadual para pobres e *champus* para empregados públicos federais (Stone, 1996).

313 O aumento dos gastos administrativos pode ser bem observado quando se compara a diferença entre gastos administrativos do seguro público e dos seguros privados, como apresentado no capítulo V. Com a ampliação da competição, as Caixas buscam estratégias de *marketing* inovadoras a fim de se tornarem mais atraentes. O atual slogan das Caixas Locais (AOK) é 'Caixa da Saúde', em contraposição à denominação literal das Caixas, que é 'Caixas de Doença'. A nova denominação busca vender a imagem de quem promove saúde e garante oferta ampla de cursos educativos.

Dado o grau de imperfeição do mercado de atenção à saúde,[314] mecanismos de competição são reconhecidamente pouco adequados a este setor. Um funcionamento 'adequado' deste mercado pressupõe extensiva intervenção estatal (Donaldson & Gerard, 1992). É a intervenção estatal que garante o funcionamento do mercado e não a competição. O Estado deveria intervir gerindo a competição por meio de mecanismos de condução, incentivos e subvenções (Morone, 1996:53).

O reconhecimento de que um livre mercado em saúde não pode funcionar tem levado à difusão de proposições de gerenciamento da competição. As forças de mercado seriam empregadas no âmbito de regras cuidadosamente desenhadas (Enthoven, 1993 apud Schlesinger, 1996). Mas não com o objetivo de negar o mercado. Ao contrário, buscam possibilitar o funcionamento do mercado da saúde. O 'bem especial saúde', por meio destes mecanismos, deveria transformar-se em bem de consumo qualquer.

A competição entre as Caixas na Alemanha é condicionada por intensa regulação estatal, todavia, distancia-se da competição administrada (*managed competition*), formulada para regular mercado de seguros privados de saúde. Conforme a formulação clássica de Enthoven (1993 apud Ugá, 1997), o ponto central, da *managed competition*, é a idéia de competição regulada publicamente entre provedores de seguros-saúde, os quais deveriam garantir asseguramento de modo a preencher critérios mínimos de abrangência de ações e benefícios assegurados, qualidade dos serviços e base financeira. Em um mercado competitivo gerenciado, as seguradoras procurariam oferecer os melhores produtos e apresentar os menores preços possíveis para vender o máximo de seguros. As seguradoras concorreriam entre si, ofertando produtos atrativos para os consumidores e oferecendo preços baixos (prêmios), que os consumidores pudessem pagar. Por sua vez, os consumidores de planos de saúde seriam movidos por um cálculo de utilidade máxima, escolhendo os planos de saúde mais baratos (Enthoven e Kronick apud Stone 1996 e apud Almeida, 1995).

A proposta alemã aproxima-se do modelo de 'competição gerenciada' por objetivar, assim como neste modelo, alterar o comportamento dos segurados (Schlesinger, 1996), no sentido de que busquem filiar-se aos seguros menos onerosos. Diferencia-se, contudo, da *managed competition*, pois um elemento central da reestruturação da demanda neste esquema é o papel atribuído a um terceiro agente, principal responsável por esta reestruturação. No modelo de competição administrada, a demanda previamente pulverizada é reestruturada por meio da

---

314 Nenhum mercado é perfeito, de acordo com um conjunto de características ideais – certeza, ausência de externalidades, conhecimento perfeito, consumidores que podem agir livremente conforme os seus interesses e presença de numerosos e pequenos produtores em iguais condições de competição. O que ocorre com o mercado em saúde é que 'nenhum' destes pressupostos ideais funciona adequadamente (Donaldson & Gerard, 1992).

introdução de um terceiro agente, que intermedia as relações entre as seguradoras e os clientes potenciais, concentrando-os em grandes grupos mais informados e com maior poder de barganha (Ugá, 1997).[315]

No caso alemão, os contribuintes devem agir individualmente, mudando de Caixa movidos pelos preços ofertados (taxas de contribuição diferenciadas). Mais do que isso, a competição entre as Caixas na Alemanha diferencia-se fundamentalmente deste modelo, por tratar-se de esquema público redistributivo, sendo seus âmbitos de regulação da competição muito mais abrangentes – o catálogo de ações garantidas é completo e a compensação financeira da estrutura de riscos previne a seleção de riscos.

O exemplo dos EUA permite também identificar os problemas que a competição introduz e as diversas estratégias utilizadas pelas seguradoras para manter seus preços baixos: entre outras, a negociação de preços com seus prestadores – médicos e hospitais –, a cobertura pela apólice restrita apenas a ações tidas como absolutamente necessárias e por meio da participação financeira dos pacientes. Todos esses esquemas podem reduzir preços, contudo, a principal estratégia empregada pelas seguradoras para a redução dos preços dos seguros é 'a seleção de riscos' (Stone, 1996).

Se o empresário de planos de saúde pode escolher previamente os segurados que produzirão poucos gastos quando possuidores da apólice, aumentará com isto os lucros visados. Selecionados os riscos, a inclusão de grupos de risco mais elevado vai depender do pagamento de prêmios mais altos ou da exclusão de determinadas doenças da apólice e, com mais freqüência, de afecções com início anterior à compra da apólice. A seleção de riscos em casos extremos significa a recusa do asseguramento, a rejeição do postulante.

É pouco provável, no entanto, que venha a ocorrer semelhante seleção de riscos na Alemanha. Além da baixa aceitação, diversos mecanismos de regulação funcionam como barreiras para impedir que isto possa acontecer. As Caixas são legalmente proibidas de indagar a respeito do estado de saúde dos pretendentes a contribuinte e de incluir cláusulas de exclusão de doenças prévias ou de doenças em geral em seus contratos. O principal mecanismo que previne a seleção de riscos é a compensação financeira da estrutura de riscos (RSA). Estas transferências financeiras entre Caixas reduzem os estímulos para a seleção de riscos, uma vez, que suas receitas com segurados com riscos relativamente mais baixos e renda proporcionalmente mais altas serão redistribuídas para Caixas com contribuintes com riscos relativamente mais altos e renda mais baixas.

[315] Este foi o modelo proposto pelo governo Clinton para a reforma nos EUA. Nesse país, as organizações de manutenção da saúde, Health Maintenance Organisations (HMOs) denominação sob a qual são agrupadas diferentes formas de mix de provisão de seguros e organização de serviços, corporificam as estratégias de *managed competition* e *managed care* de forma articulada.

Desse modo, os efeitos da competição entre as Caixas por segurados serão atenuados consideravelmente pelo mecanismo de compensação financeira da estrutura de riscos criado pela Lei da Estrutura da Saúde (GSG). Este mecanismo, considerado o pressuposto fundamental para competição não destrutiva, 'núcleo técnico da nova ordem competitiva' (Jacobs & Reschke, 1994), refreia, ainda que não completamente, a competição predatória entre as Caixas. A introdução da compensação financeira da estrutura de riscos teve por meta a promoção da igualdade de condições para o início da competição. Esta igualdade, porém, não é totalmente garantida, pois os critérios selecionados para a compensação não dão conta da equiparação completa dos riscos. O diferente risco de adoecer foi indiretamente contemplado por meio dos critérios de idade e sexo, mas a estrutura real de morbidade dos segurados não foi diretamente levada em conta. É difícil, portanto, estimar em que medida o esquema de compensação financeira da estrutura de riscos implementado na Alemanha dá conta de tornar as vantagens financeiras decorrentes da seleção de riscos pouco atraentes, isto é, compensa realmente o diferencial de riscos.[316]

Além disso, a manutenção da coexistência de diferentes bases geográficas para cálculo de taxas de contribuição – regionais, para a maioria das Caixas, e nacional, para as Caixas Substitutas – produz vantagem para as últimas, pois possibilita que diversidades de gasto regionais sejam compensadas entre o conjunto dos segurados, mantendo taxas de contribuição mais baixas, enquanto as outras Caixas não têm esta possibilidade. Além disso, a definição da compensação de riscos de modo separado para as Regiões Ocidental e Oriental colocava as últimas em situação de desvantagem. Esta situação será equacionada com a unificação progressiva (2001-2007) da compensação financeira da estrutura de riscos (RSA) entre as Regiões Ocidental e Oriental, definida pela Lei para Adaptação do Direito no GKV de dezembro de 1999.

As Caixas em competição, contudo, estarão pressionadas à seleção de riscos, pois esta é a estratégia mais eficiente de conter preços e, com isso, atrair mais clientes. Estratégias indiretas de seleção de riscos podem vir a ser empregadas, bem como estratégias diferenciadas de *marketing* para atrair contribuintes jovens.

Outra estratégia dos provedores de seguros em competição é a difusão de normas de distribuição compatíveis com o funcionamento do mercado, por meio de propaganda e *marketing*, para convencer a opinião pública de que o asseguramento deve ser bem de consumo e não um direito social e que os mais saudáveis e bem posicionados não têm obrigação social ou moral em contribuir para a proteção dos menos favorecidos (Stone, 1996). As normas de justiça

[316] Estudos mostram que sistemas de compensação de riscos, mesmo quando fundamentados em análises multivariadas, conseguem prever apenas 20% da variação dos gastos que realmente ocorrem (Newhouse apud Stone, 1996).

distributiva em um mercado e no seguro social são totalmente diversas. Em mercado competitivo, bens e serviços são distribuídos de acordo com a capacidade de compra dos indivíduos. A demanda nada mais é do que a disposição e capacidade das pessoas para pagar alguma coisa. No mercado, ninguém tem o direito moral de possuir algo que não possa ou queira pagar. A proteção social e o Seguro Social de Doença, em particular, visa exatamente a contrapor-se a este mecanismo de distribuição do mercado, garantindo bens, serviços e ajuda financeira independente da capacidade de pagamento dos indivíduos.

Embora o Seguro Social de Doença alemão tenha tradição solidária forte, que se expressa inclusive na utilização freqüente do termo solidariedade pelo cidadão comum (Ulrich, 1996), a ampliação de mecanismos de mercado ao interior da proteção pode afetar esta tradição não somente pelo estímulo à seleção de riscos que representa, mas também pela difusão de valores distintos daqueles da solidariedade. As seguradoras (Caixas) em competição podem vir a estimular os segurados a buscar menores preços e, ao mesmo tempo, divulgar que os relativamente mais sadios podem conseguir menores preços, caso se afastem dos relativamente mais doentes. Difundiriam, assim, normas de distribuição de mercado, reforçando concepções de eqüivalência, incompatíveis com aquelas da solidariedade.[317]

Outra estratégia utilizada nos EUA pelas seguradoras em competição para alcançar preços mais baixos são os modelos de atenção administrada, *managed care*. Na concepção de Stone (1996), o modelo de *managed care* foi uma das estratégias empregadas pelas seguradoras em competição para redução de suas despesas com a atenção prestada, seja ela médica, hospitalar ou farmacêutica. Seria a contrapartida da 'competição gerenciada' que, ao contrário, visa a alterar o comportamento dos segurados (Schlesinger, 1996). Segundo Ugá (1997:124), "o modelo de *managed care* reorganiza a oferta de serviços de saúde, enquanto o esquema de *managed competition* reestrutura a demanda".

Nos EUA, em um sistema de *managed care*, a maioria das decisões dos médicos acerca de internações e medicamentos passa a ser vigiada, o que significa importante controle sobre os próprios médicos. O médico geral funciona como porta de entrada do sistema (*gatekeeper*), decidindo sobre os encaminhamentos para especialistas e internações hospitalares. Decisão sobre a qual o pessoal administrativo da seguradora também intervém. Por este meio, os funcionários do seguro têm a última palavra a respeito de qual o tratamento a realizar ou o procedimento a solicitar.

Uma característica central do *managed care* é a revisão prospectiva da solicitação do médico e a autorização ou recusa para a realização de um procedimento, o que é problemático, porque o médico perde a autoridade para qualquer

[317] Nos EUA, segundo Stone (1996), as seguradoras fizeram campanhas de propaganda de massa para convencer a população de que ninguém tem o dever moral de pagar pela doença de ninguém. Um anúncio mostrava um trabalhador da construção civil em um andaime, com os seguintes dizeres "Se você não corre nenhum risco, por que pagar pelo risco dos outros?".

decisão clínica afora as rotinas estabelecidas, o que pode atentar contra a qualidade da atenção. A intervenção direta da seguradora, com o objetivo de controlar as despesas médicas ao máximo possível, pode resultar em restrições da assistência que afetam a qualidade da atenção e em prejuízos ao doente em termos de cura ou alívio do sofrimento. Se as seguradoras estão sob pressão para reduzir custos, garantir lucros e oferecer prêmios competitivos, a qualidade dos cuidados pode sofrer, em particular, naqueles aspectos que não podem ser diretamente observados pelos pacientes (Nolan, 1996).

Para Morone (1996), os mecanismos de 'atenção gerenciada' (*managed care*) produziram importantes mudanças no mercado de saúde nos EUA. A competição levou a um processo de concentração vertical – seguradoras assumiram o setor de prestação – e de concentração horizontal não apenas do setor de seguros privados, mas também da propriedade dos serviços médicos, englobando os diversos setores de atenção e constituindo novo complexo médico-industrial (Relman; Starr apud Almeida, 1995). A acumulação setorial foi propiciada, tendo sido constituídas grandes empresas médicas que negociam ações na bolsa a valores crescentes e que possuem poderoso setor administrativo (Morone, 1996).

Nesse sentido, um dos resultados da competição entre Caixas que já se pode observar é o processo recente de fusão de Caixas, tornando-as cada vez maiores. Caixas pequenas têm menor probabilidade de sobrevivência na competição. A fusão pode reduzir custos administrativos e, ao garantir um grupo maior de segurados, permite uma composição mais adequada de riscos.[318]

Embora as Caixas não sejam empresários cuja ação é orientada pelo lucro, têm interesse na própria sobrevivência como organização. O processo de concentração das Caixas por meio de fusões, ocorrido nos últimos anos, contribui para fortalecer esta tendência. Quanto maior a Caixa, tanto maior o capital e número de postos de trabalho em jogo. Os interesses de suas burocracias pela sobrevivência das Caixas como organização as impulsionarão a tentar garantir e/ou ampliar a sua fatia no mercado pela oferta de menores preços, cuja possibilidade envolve a formulação de estratégias similares às acima apontadas, procedimentos estes que atentam contra os princípio da solidariedade.

A competição direciona a alocação de recursos em saúde para grupos com maior capacidade de pagamento, mais bem informados acerca das possibilidades de utilização, com maior capacidade de articulação e, ao mesmo tempo, que apresentem o mais baixo risco de adoecer (Kühn, 1995a). Deste modo, se as estratégias de mercado das Caixas por menores preços funcionarem, não se poderia ainda descartar a possibilidade de ocorrer a longo prazo uma estratificação das mesmas segundo o nível de risco e morbidade. A existência de tal estratificação não é

---

318 Nos EUA, calcula-se que uma Health Maintenance Organization (HMO) deva ter cerca de 50 mil membros para sobreviver (Clement apud Almeida, 1995).

certamente novidade no Seguro Social de Doença alemão, uma vez que, pela tradição, as Caixas tinham clientelas fechadas adscritas por profissão, o que tem certa correlação com o risco de adoecer. A competição anteriormente existente entre Caixas Locais e Substitutas, pela adesão dos 'empregados' e segurados voluntários, já denotava este tipo de estratégia para atrair segurados de baixo risco e rendas altas.

Vale portanto lembrar que a competição não é total novidade para o GKV (Stone 1980; Light, 1985; Wynsong & Abel, 1990). Para Knieps (1997), a tensão entre competição e solidariedade seria constitutiva do sistema. A concorrência entre as Caixas por contribuintes saudáveis teria provocado problemas de condução no GKV, assim como a monopolização ou cartelização dos prestadores. O estabelecimento de diferentes contratos por tipo de Caixa com prestadores, nos quais eram definidos distintos valores monetários para remuneração das unidades de serviço, em nível estadual, foi uma das formas com as quais a competição entre as Caixas se realizou, trazendo efeitos indesejados, especialmente a elevação de preços no setor ambulatorial.

A partir da introdução da compensação da estrutura de riscos, esta prática foi desestimulada, pois a mesma teria repercussão direta de aumento das taxas de contribuição. Estes efeitos de concorrência entre Caixas Substitutas e Locais na evolução do valor monetário dos pontos para remuneração da atenção ambulatorial exemplifica possíveis resultados deletérios da competição: ocorreu inflação e não redução de preços, como preconizam os defensores de maiores estímulos à competição.

Outro dos resultados da competição pelo lado da oferta pode ser bem ilustrado pelo exemplo do que sucedeu em virtude da concorrência crescente entre os médicos. Houve aumento contínuo do número de ações prestadas por cada médico na tentativa de manter sua parcela de participação no mercado, dado que o número destes tem aumentado continuamente, enquanto o número de segurados se mantém relativamente estável.

A introdução de mecanismos de competição em sistemas de proteção social à saúde não é novidade alemã. Durante a década de 80, mecanismos de concorrência foram implementados em diversos países, afora os EUA, que até hoje não dispõem de sistema abrangente de proteção ao risco de adoecer e desenvolveram vários mecanismos de mercado, que encontram grande difusão. Esses mecanismos são diversos, ainda que tenham por base uma concepção geral semelhante, a de que mecanismos de mercado poderiam conter gastos e produzir maior eficiência na prestação de serviços. Resultam tanto de escolhas políticas distintas como do arcabouço institucional e formas diversas de organização da atenção prévias.

Assim, a reforma alemã diferencia-se tanto do modelo britânico de competição para o estabelecimento de um 'mercado interno', como do modelo sueco de 'competição pública' e da Reforma holandesa. O modelo britânico de mercado interno tem por base, essencialmente, a separação entre financiamento e prestação

de serviços até então sob responsabilidade única, passando a ser estabelecidos contratos entre as autoridades financiadoras e os prestadores: "A essência do conceito está na distinção nítida entre o papel de produtor da atenção sanitária (prestador) e o de comprador de serviços médicos, mas ambas as atividades continuam a ser desenvolvidas no âmbito público, ainda que por atores bem diversos" (Almeida, 1995:140). A competição se daria entre os prestadores, em especial, os hospitais, que são públicos na grande maioria, pelos recursos públicos que lhes seriam destinados conforme o poder de atração de pacientes.

O modelo sueco, por sua vez, de 'competição pública', como o nome indica, é uma forma de competição principalmente entre prestadores públicos. A operação e a propriedade das instituições prestadoras permanece pública e o paciente desfruta de livre escolha de médicos e outros prestadores. Os orçamentos são flexíveis, ligados às parcelas do mercado atendidas por prestador avaliado individualmente (Saltman & von Otter, 1992). A proposta de 'competição pública' relaciona a remuneração das diversas organizações prestadoras a sua capacidade de atrair pacientes, aumentando a influência dos mesmos na prestação e concentrando esforços relativos a mudanças nos serviços (Almeida, 1995). A competição dar-se-ia não por recursos financeiros, mas por parcelas do mercado atendido. O modelo objetivaria alcançar simultaneamente: alto padrão de atendimento ao cliente para os pacientes, eficiência econômica e responsabilidade social. Além da competição entre prestadores, o modelo propõe mudanças internas aos serviços, buscando democratizá-los mediante técnicas de planejamento participativo no intuito de aproximá-los aos interesses de seus clientes (Burkitt & Whyman, 1994).[319]

Na Alemanha vige clara separação entre prestadores e financiadores, pois as Caixas não dispõem de serviços médicos próprios e contratam médicos e hospitais. Os hospitais, mesmo sendo predominantemente públicos, têm seus custos correntes financiados pelos serviços produzidos. As Caixas compram serviços de prestadores contratados: públicos, filantrópicos, privados. Os prestadores, mesmo públicos, só prestam serviços mediante a garantia de pagamento.

A competição proposta na Alemanha, nas reformas dos anos 90, não foi tanto entre prestadores, mas entre provedores de seguro social, as Caixas. Nesse sentido, seria mais próxima da reforma holandesa, país no qual a proteção também está fundamentada em modelo de seguro social.[320] Na reforma holandesa foi

---

319 A proposta de competição pública foi formulada pelo partido social-democrata sueco e apresenta preocupação com eqüidade, além de buscar enfrentar deficiências do serviço público no que concerne à garantia de maior satisfação da clientela atendida, personalizando mais os serviços prestados.

320 O sistema holandês, contudo, é bem diferente do alemão. É constituído por três tipos de seguro e cerca de 35% da população é assegurada privadamente. Antes da reforma, as taxas de contribuição de todas as Caixas eram fixadas por lei e já lhes era permitido oferecer catálogos opcionais. Para os seguros privados foram instituídas apólices-padrão, além de também estarem incluídos na compensação financeira da estrutura de riscos.

proposta uma forma de 'competição gerenciada', que deveria envolver tanto seguradoras como prestadores de serviços. A reforma objetivou estabelecer a competição entre todas as seguradoras, tanto as Caixas de Seguro Social quanto os seguros privados.[321] Definiu uma diferenciação na cesta, possibilitando a introdução de cesta opcional. Estratificou a proteção, dividindo o asseguramento em básico obrigatório, financiado solidariamente, e outro complementar, pago apenas pelo segurado. Além disso, as seguradoras poderiam contratar seletivamente os prestadores, o que promoveria competição entre eles, estimulando-os a oferecer melhores preços (Nolan, 1996; Müller, 1996).

Esta modalidade de competição, conquanto envolva instrumentos complexos de regulação, assume, no caso de ser totalmente implementada,[322] a privatização do risco de adoecer ao assegurar o financiamento solidário para apenas parte da proteção.[323] No caso alemão, embora esteja aberta a possibilidade de privatização parcial por meio de mecanismos indiretos e apesar de os valores de co-pagamento terem sido majorados, manteve-se o catálogo único, sem restrições no que tange à assistência médica, financiado solidariamente. Na Alemanha a competição é pública, ocorre apenas entre as Caixas do seguro social, diferente da Holanda, onde as seguradoras privadas estão incluídas na competição e no esquema de compensação de riscos, o que abriria a possibilidade de maior privatização.

'Privatização da Demanda'

Privatização parcial dos riscos de adoecer por meio do co-pagamento

O termo co-pagamento (*Selbstbeteiligung*) significa que segurados de um sistema no qual o acesso é direto, afora contribuírem para o seguro social, participam diretamente dos custos das prestações sanitárias individuais com valor monetário fixo por tipo de prestação ou percentagem predefinida sobre o valor das

321 A reforma foi formulada pelo governo conservador sob o comando de um empresário.

322 A reforma ainda não foi completamente implementada, pois seus diversos estágios deveriam ser aprovados pelo Parlamento, tendo sofrido modificações. Em 1996, o seguro específico para auxílio-doença foi abolido, tendo os empregadores assumido o pagamento do auxílio-doença por até um ano, no valor de 70% do salário e a junção dos outros dois ramos do seguro-saúde foi abolida, tendo-se voltado atrás nesta etapa da reforma. O catálogo foi reduzido (Müller, 1996).

323 A contribuição, porém, é paga em grande parte pelo empregador. Em 1996, a contribuição era de 7% do salário limite de contribuição, mas 6% eram pagos pelo empregador (Müller, 1996).

prestações contratadas pela Caixa.[324] Isto é, co-pagamento é entendido como pagamento direto pelo paciente de parcela de gastos decorrentes da utilização de serviços, pois os segurados sempre participam indiretamente do financiamento das ações por meio de suas contribuições mensais.[325]

A introdução do mecanismo de co-pagamento tem dois objetivos. Um, considerado subalterno, seria o alívio financeiro do sistema ocasionado pelo aporte monetário que proporciona, e o outro, principal, de condução da demanda, de controle da utilização.

Entre as medidas de contenção, o co-pagamento é classificado como forma de racionalização do comportamento dos usuários por intermédio da instituição de taxa moderadora. Parte-se do princípio de que a participação direta nos gastos com saúde poderia conduzir a mudanças no comportamento dos consumidores. Os indivíduos reduziriam utilizações desnecessárias e valorizariam mais o que consomem. O comportamento dos usuários seria alterado especialmente em situações em que não há risco de vida e na utilização de formas alternativas de atenção, situações em que haveria elasticidade da demanda em relação aos preços (Ulrich, 1996; Riege, 1993).

Ao definir mecanismos de co-pagamento, o legislador defronta-se com um dilema. Ou os valores são tão baixos que não influenciam nos dispêndios do sistema ou, no caso de serem capazes de produzir contenção de gastos, tão altos que provocam repercussões sociais – efeitos redistributivos e sanitários problemáticos – ao transferir gastos para os orçamentos familiares. A principal questão em relação à introdução do co-pagamento está, portanto, na possibilidade de instituir um sistema que, ao mesmo tempo, produza diminuição de gastos e seja socialmente suportável ou justo.

Contudo, efetividade de condução e suportabilidade social são comprovadamente incompatíveis para este mecanismo. Diversos autores consideram ser impossível elaborar um esquema simultaneamente justo e eficiente na contenção de gastos (Reiners 1988; Ulrich, 1996; Nolan, 1996; Geißler, 1980). Para que o mecanismo de co-pagamento fosse efetivo como forma de condução da demanda (controle da utilização), no sentido de promover a redução do uso em situação de oferta de serviços mantida constante, seria preciso que os valores estipulados fossem tão altos que se tornariam incompatíveis com um seguro social. Não seri-

---

[324] Ugá (1997:78) faz uma diferenciação entre estas duas modalidades, denominando a primeira de tickets ou taxas moderadoras e a segunda de co-pagamento. Preferi utilizar, aqui, o termo co-pagamento por corresponder a uma tradução mais literal do termo empregado em alemão e também porque o sistema utilizado é misto: para algumas ações são estipuladas taxas fixas e para outras são definidas porcentagens de participação.

[325] Por definição, também não são tidos como co-pagamento outros gastos não monetários decorrentes da própria utilização de serviços, como, por exemplo, o tempo despendido pelo paciente na procura e utilização do serviço.

am socialmente suportáveis, pois a garantia da atenção passaria a estar condicionada à capacidade individual de pagamento por parte do paciente (Geißler, 1980; Reiners, 1993a).

O co-pagamento não é adequado pelas iniqüidades que pode gerar. Todavia, segundo argumento econômico, em sistemas de atenção à saúde com base em seguros, potencialmente, poderia ocorrer um 'excesso de demanda' devido ao que é conhecido como risco moral (*moral hazard*), pois o mercado de seguros falharia em transmitir eficientes sinais de preços para os consumidores. Isto é, o asseguramento garantiria cuidados a custo zero, o que levaria a mudanças no comportamento do consumidor, que estaria disposto a consumir serviços de saúde ao máximo (Donaldson & Gerard, 1992; Iunes, 1994).[326]

Os efeitos adversos dos pagamentos diretos no nível de eqüidade são amplamente reconhecidos. Estudos realizados pela OECD em diversos países demonstraram, independente das diferentes estruturas institucionais, que o desembolso direto por parte do paciente é a forma de financiamento mais regressiva que existe. Isto é, os mais pobres pagam relativamente mais (Nolan, 1996:93). Os próprios defensores da introdução do co-pagamento reconhecem que a medida afeta diferenciadamente os grupos de renda, prejudicando aqueles menos favorecidos; tanto que, em geral, são introduzidos escalonamentos e os grupos de menor renda são dispensados dos pagamentos.

A instituição do co-pagamento como medida moderadora da utilização parte do pressuposto de que a demanda em saúde é excessiva – ações desnecessárias seriam consumidas por iniciativa do paciente – e é elástica, ou seja, reduz-se com a elevação dos preços.

Todavia, a demanda por ações de saúde é pouco elástica (a elasticidade varia segundo a faixa de renda do usuário em potencial, como assinalado a seguir). Além de ser predominantemente secundária – definida pelo médico e não pelo paciente –, quando primária, é geralmente imperativa. Situações graves demonstram bem esta inelasticidade. Por se tratar de questão de sobrevivência, a demanda não diminui com o aumento de preços, alocando o demandante o máximo de recursos financeiro que tiver disponível ou disponibilizável. Mas quando há insuficiência da renda, a demanda torna-se elástica. E o que é pior, quanto mais baixa a renda, maior a elasticidade da demanda por serviços de saúde. Para os grupos de baixa renda, a demanda é elástica em relação aos preços

---

[326] Esta acepção é difundida por defensores da introdução desta medida, entretanto, é limitado, pois envolve novamente alguns dos pressupostos do mercado ideal: o perfeito conhecimento por parte do consumidor; a desconsideração de que o consumo de ações de saúde envolve outros gastos para o consumidor, como o de tempo; os preços não dependem da ação dos consumidores, mas são negociados com os prestadores, em geral, por um terceiro. Além disso, o mercado falha também em transmitir responsabilidades de custos para os prestadores de cuidados de saúde (Donaldson & Gerard, 1992:33).

e o patamar da impossibilidade absoluta é rapidamente atingido, o que significa dizer que pacientes necessitados ficarão sem a assistência devida.[327]

Por um lado, a elasticidade da demanda para grupos de menor renda demonstra que um sistema de co-pagamento é incompatível com a idéia de ser de modo concomitante socialmente justo e promover a diminuição de gastos. Por outro lado, em termos lógicos, o escalonamento de valores conforme a renda com o objetivo de contrapor-se a esta tendência, se completamente efetivo, eliminaria o desejado efeito de contenção (Reiners, 1988; Pfaff, Busch & Rindsfüsser, 1994). Assim, a introdução do co-pagamento, em lugar de racionalizar o comportamento dos usuários, mais provavelmente contribui para conter a demanda necessária, resultando em subatenção para determinados grupos, do que aquela supérflua, referente à sobreutilização (OECD, 1995b).

A instituição do co-pagamento pode alterar a demanda,[328] porém, afeta os grupos sociais de forma diferenciada. Experimento realizado nos EUA mostra que o número de contatos primários com o médico decresce com a elevação do valor do co-pagamento (Manning et al. apud Wasem, 1998). Quando o contato ocorre, entretanto, os gastos não são diferenciados entre pacientes com co-pagamento alto e baixo. Neste estudo, não foram identificadas repercussões negativas no estado de saúde de segurados 'médios'. Todavia, em outro estudo, no que diz respeito a níveis de pressão arterial, acuidade visual e cáries, observou-se que uma cobertura total melhoraria o estado de saúde dos segurados 20% mais pobres (Keeler apud Schmidt & Malin, 1996). Além disso, nota-se diminuição de gastos (redução da utilização) apenas entre grupos de segurados com gastos mais baixos (Schmidt & Malin, 1996). Em síntese, o co-pagamento tem efeito de condução da demanda no sentido de reduzi-la apenas entre os mais pobres, o que não é defensável em termos médicos (Rosenbrock, 1997).

A participação financeira direta dos segurados no ato da utilização não é desvantagem apenas para segurados de menor renda, o é também para idosos e pacientes crônicos. O co-pagamento incide de modo mais intenso sobre o grupo de pessoas mais idosas, em particular o segmento dos aposentados, cuja renda é, em geral, também mais baixa. Na Alemanha, enquanto a participação financeira direta anual de pacientes entre 25 e 30 anos fica, em média, em 25 marcos, pacientes entre 70 e 75 anos de idade precisam pagar, em média, 143 marcos, considera-

---

[327] Estudos realizados no Canadá e EUA demonstraram que a redução de contatos é maior nos grupos de mais baixa renda. Especialmente prejudicadas foram as crianças de grupos de baixa renda, para as quais a participação financeira reduziu os contatos em 40% (OECD, 1995a:55). Na Alemanha, todas as crianças até 18 anos são dispensadas de co-pagamento.

[328] Participações modestas dos usuários não influenciam a utilização, mas taxas de co-pagamento substanciais são acompanhadas de número mais baixo de consultas habitante/ano (OECD, 1994:41). Assim, também as experiências africanas são elucidativas das importantes alterações na demanda com o aumento e diminuição da participação financeira direta dos usuários; especialmente aqueles com mais baixas rendas (Ugá, 1997).

das as diversas modalidades de co-pagamento. O co-pagamento representa vantagem relativa para os mais jovens, especialmente homens jovens, pois o comprometimento da renda, além de aumentar com a idade, é maior para as mulheres contribuintes do que para os homens, em todas as faixas etárias.[329]

Como a maioria dos gastos está associada a doenças de longa duração, o co-*pagamento concentra-se em certos grupos que correspondem a uma fração pequena* dos segurados. Na Alemanha, estima-se que 25% dos segurados sejam responsáveis por 75% a 90% das despesas do Seguro Social de Doença (Schmidt & Malin, 1996; Pfaff & Busch, 1997).[330] A utilização dos serviços de saúde é, por conseguinte, extremamente mal distribuída. Ou seja, grande parte dos gastos em saúde é produzida por pessoas doentes que não poderiam e nem deveriam abdicar de sua atenção. A contenção de custos produzida pelo co-pagamento atingiria assim um grupo de pessoas especialmente necessitado de proteção: idosos e doentes severos (Reiners, 1988 e 1993; Pfaff & Busch, 1997; Pfaff, Busch & Rindsfüßer, 1994). Além disso, o estado de saúde e o risco de adoecer – e, por sua vez, a necessidade de cuidados de saúde – estão fortemente relacionados à renda (Mielck, 1994).[331] Desse modo, reduz-se a redistribuição ao interior do sistema, corroendo a solidariedade.

Em síntese, dadas as características da demanda em saúde – necessidades em saúde independentes dos preços dos serviços e elasticidade relativa, diferenciada de acordo com a renda –, as medidas de co-pagamento provocam impacto negativo de forma mais acentuada nos grupos de menor renda e os grupos que mais necessitam de atenção, seja em intensidade ou freqüência, são os que mais pagam: idosos, doentes crônicos e pacientes severos.

O co-pagamento, portanto, atinge principalmente os mais necessitados de atenção e é uma forma de privatização parcial do risco de adoecer, pois é desembolso direto no ato da utilização. Ocorre, assim, deslocamento de gastos do sistema de seguro social para os domicílios privados. Pode-se assim questionar seus efeitos de aumento de eficiência, pois, se os gastos são transferidos, significa que não ocorreu de fato contenção de gastos (OECD, 1995b; Pfaff & Busch 1997).

O problema principal com a introdução do co-pagamento – é bom ainda lembrar – é o mesmo daquele de qualquer medida de 'racionalização do comportamento da demanda'. Aplicam-se no paciente medidas destinadas a conter custos,

---

329 A estimativa da renda comprometida, em 1993, para mulheres variou entre 0,38% – para o grupo etário de 18 a 24 anos – e 1,42%. Este máximo foi atingido pelas mulheres de 60 a 64 e 65 a 74 anos. Para os homens, foi de 0,22% da renda anual no grupo de 18 a 24 anos e de 1,35% da renda no grupo de 65 a 74 anos (Pfaff, Busch & Rindsfüsser, 1994).

330 Segundo outra estimativa, 1% dos segurados produz 38% dos gastos hospitalares e 39% dos gastos com próteses dentárias (Berg apud Reiners, 1988).

331 Para uma visão de pesquisa sobre morbidade e desigualdades sociais na Alemanha vide Mielck (1994). Outro estudo interessante analisa a diferença de expectativa de vida conforme a adscrição às Caixas, o que, por sua vez, está relacionado com a renda (Dinkel & Görtler, 1994).

quando o aumento de custos é produzido principalmente por fatores relativos à oferta, da qual os pacientes têm conhecimento e influência bastante limitados (Geißler, 1980; Reiners, 1993).

No GKV, reconhecem-se os efeitos adversos dos pagamentos diretos sobre a eqüidade e o peso diferenciado sobre grupos populacionais, sendo estipuladas regras para minorar estes efeitos. O sistema de compensação para garantir maior aceitabilidade e 'suportabilidade social' do co-pagamento existente na Alemanha pode ser julgado abrangente. Famílias de menor renda, crianças e menores de 18 anos são dispensados do co-pagamento.[332] O limite de comprometimento da renda anual com pagamentos diretos pelos pacientes é estipulado em 2% para todas as famílias e para doentes crônicos em 1%.[333] Atualmente estão dispensadas de co-pagamento 21,4 milhões de pessoas, entre estas, em torno de 12 milhões de crianças, correspondendo a cerca de 30% dos segurados. Na Região Oriental, como a renda é mais baixa, mesmo com a definição de valores monetários diferenciados, a proporção de segurados dispensados de co-pagamento é maior.

Além da diminuição direta dos gastos ou aumento da receita, outro argumento defendido para a introdução de co-pagamento nos serviços de saúde e para a restituição de parcela de contribuição refere-se ao desenvolvimento de maior consciência de custos por parte dos segurados e ao aumento da 'própria responsabilidade'. É neste sentido que a elevação dos valores de co-pagamento foi empregada como medida coercitiva no caso de majoração das taxas de contribuição. Esta elevação seria o elemento sinalizador de preços para a demanda – os segurados – fazer a escolha de Caixa/seguradora.

Entre os segurados não há consenso a respeito dos mecanismos de co-pagamento. Em pesquisa qualitativa efetuada por Ulrich, Wemken & Walter (1994), três posições estiveram representadas. Uma parte dos entrevistados desaprova o co-pagamento por atentar contra o princípio de solidariedade. Outros consideram-no instrumento de condução do sistema, pois haveria abusos, em particular no uso de medicamentos, o que seria uma atitude não solidária. Um terceiro grupo julga a medida positiva, mas é contra seu uso indiscriminado, em especial no que se refere às internações hospitalares. O abuso na utilização, neste caso, seria improvável, pois os pacientes não têm influência na definição da necessidade de internação (Ulrich, Wemken & Walter, 1994).

---

[332] As cláusulas sociais definem liberação total do co-pagamento para segurados cuja renda familiar não ultrapassa 40% da renda média do conjunto dos segurados (beneficiários da assistência social estão automaticamente incluídos nesta cláusula).

[333] Para ter direito a estas liberações parciais, os segurados devem pagar os valores de co-pagamento, comprovar que ultrapassam o limite de renda anual e então solicitar restituição. Para a atenção hospitalar, o limite é determinado em 14 dias de internação, sendo definidas taxas diárias.

Na Alemanha, o co-pagamento foi medida de contenção reiterada. Estabelecidas em 1977, as regras de co-pagamento, inicialmente apenas para medicamentos e próteses (Pfaff, Busch & Rindfüsser, 1994), foram modificadas diversas vezes na última década, tendo sido gradualmente ampliados tanto seus valores como os itens incluídos. No Quadro 10 apresentam-se os setores de atenção nos quais incide co-pagamento e suas alterações no final da década de 90. O setor mais afetado foi a assistência farmacêutica. Os valores neste setor foram considerados excessivos pela coalizão social-democratas/verdes, que os reduziu.

Quadro 10 –Modalidades de co-pagamento no GKV e valores – 1996, 1997, 1999

Modalidade de co-pagamento	1996	1997	1999
Medicamentos*	3, 5, 7 DM	9, 11, 13 DM	8, 9, 11 DM
Dia internação** hospitalar – Ocidental	12 DM	17 DM	17 DM
Dia internação hospitalar – Oriental	9 DM	14 DM	14 DM
Outros métodos terapêuticos***	10%	15%	15%
Custos de viagem	20 DM	25 DM	25 DM
Próteses dentárias	entre 40 e 50%	entre 45 e 55%	entre 45 e 55%
Próteses dentárias nascidos pós 1978	entre 40 e 50%	100%	entre 45 e 55%
Dia de internação *Kur* – Ocidental	12 DM	25 DM	25 DM
Dia de internação *Kur* – Oriental	9 DM	20 DM	20 DM
Alguns meios de ajuda****	não	20%	20%

*De acordo com o volume da embalagem: pequeno, médio, grande. **A participação financeira dos pacientes nas internações hospitalares é limitado a 14 dias ao ano. ***Por exemplo, massagens, ginástica, fonoterapia. ****Bandagens, meias de compressão, palmilhas.

Pode-se afirmar que o co-pagamento na Alemanha é utilizado mais como fonte de receitas para o sistema do que como mecanismo de controle da utilização. Por um lado, as majorações do co-pagamento visam a cobrir déficits financeiros existentes. Este objetivo foi diversas vezes expresso. Os aumentos estipulados nas

Leis de Reordenação do GKV foram calculados de modo a cobrir o déficit existente (BMG, 1998c). Por outro lado, o co-pagamento incide principalmente na demanda secundária: prescrições e solicitações médicas.[334]

Não há co-pagamento para a demanda ambulatorial primária. Embora uma das estratégias de contenção tenha sido a privatização parcial dos gastos com a ampliação das taxas de co-pagamento, não foram introduzidas taxas de participação dos usuários para atenção ambulatorial, setor da atenção onde potencialmente reduziria a demanda por ser este o único em que o segurado pode decidir primariamente a utilização, o que deixa transparecer o poder de influência da corporação médica na Alemanha e a política governamental de clientela.

O desvio dos gastos do financiamento solidário do Seguro Social de Doença para os domicílios privados produzido pela maior participação financeira direta dos segurados afeta a paridade de financiamento. Entretanto, embora o deslocamento de gastos para os segurados tenha sido expressivo em virtude do maior volume de recursos em jogo, a paridade do financiamento do sistema foi pouco afetada imediatamente. Em 1996, segundo estimativas governamentais, 48,1% de receitas de contribuição do GKV corresponderam à parcela dos empregadores que deveria, segundo o princípio da paridade, ser de 50% (Bundesregierung, 1997).

Contudo, em comparação internacional, a participação financeira direta dos usuários na Alemanha não é elevada. Segundo estimativas divulgadas pela OECD (1997), a participação financeira direta dos usuários de serviços de saúde na Alemanha (o que é distinto de considerar-se a proporção dos gastos do GKV) em relação ao conjunto das áreas de atenção (9%) é das mais baixas entre aqueles países, ficando atrás apenas do Reino Unido (7%).[335]

Na maioria dos países da OECD, observa-se tendência a leve aumento da participação direta dos usuários nas despesas com saúde entre 1980 e 1995. Todavia, na maioria dos países, o acréscimo da participação foi inferior a cinco pontos percentuais, sinalizando a baixa magnitude em que esta forma de privatização dos riscos de adoecer vem ocorrendo em nível internacional. A privatização não está dada e nem é inevitável. Embora o discurso conservador tenha se espraiado, até o momento não tem sido implementada como apregoada.

Em resumo, co-pagamento é mecanismo inoportuno para a condução do sistema por estar centrado na demanda, tanto porque o aumento dos gastos decorre predominantemente de problemas da oferta – nos quais os pacientes pouco podem influenciar – como porque obriga a demanda a comportamentos inade-

---

[334] No GKV, todas as outras ações médico-sanitárias – com exceção do trabalho das parteiras e do atendimento psicoterápico – são demandas secundárias.

[335] Isso ocorre principalmente pela inexistência de co-pagamento no setor médico ambulatorial do GKV. Nestas estimativas, a participação financeira na assistência farmacêutica no caso de medicamentos, porém, seria maior do que 50%, situando-se em posição média em termos de comparação internacional.

quados, acentuando iniqüidades no acesso e utilização. Mais provavelmente, pode resultar em subatenção para grupos de menor renda, ao gerar impacto negativo de forma mais acentuada nestes grupos, do que conter a suposta demanda desnecessária ou excessiva. É mais desvantajoso para mulheres, pessoas idosas, pacientes crônicos e severos, corroendo a solidariedade.

Por ser desembolso direto no ato da utilização, o co-pagamento atinge especialmente os mais necessitados de atenção, podendo ser considerado como uma forma de privatização parcial do risco de adoecer. Medidas de co-pagamento objetivam deslocar gastos do financiamento coletivo/público para os domicílios privados. Deste modo, os empresários são parcialmente desonerados e a paridade de financiamento é afetada.

O sistema de compensações, introduzido para contrapor-se parcialmente aos efeitos indesejados, define limites da privatização dos gastos em saúde, mas não interfere no deslocamento de gastos para os domicílios privados dos pacientes. Este fere a paridade do financiamento e afeta o princípio da solidariedade no que concerne às transferências entre doentes e sadios.

Seleção de riscos: novas opções para contratos com os segurados

Outras formas de contratos com segurados, nas quais se definem o estabelecimento de proporções de restituição, como franquias e prêmios pela não utilização, podem também ser classificadas como mecanismos de co-pagamento (Geißler, 1980). Estas medidas têm repercussões similares àquelas discutidas acima para o co-pagamento, além de servirem à seleção de riscos por serem atrativas apenas para segurados melhor remunerados e que consideram o seu risco como baixo.

Recompensa monetária pela não utilização: bônus

A restituição de parcela das contribuições em contrapartida à baixa utilização pode ser entendida como forma indireta de co-pagamento, no qual a participação financeira dos usuários está embutida previamente nas taxas de contribuição. Ao não utilizar, o segurado teria direito à parcela que pagou antecipadamente. É de pressupor que este tipo de medida ocasionaria aumento das taxas de contribuições, pois os bônus pagos pelas seguradoras/Caixas terão de ser cobertos por adequações das taxas de contribuição de todos os seus membros.

Como é medida similar ao co-pagamento, apresenta os mesmos problemas que este, acima apontados, incidindo negativamente sobre o princípio da solidariedade. Apenas os relativamente mais saudáveis podem esperar receber o

bônus e se o valor deste estiver acoplado ao montante das contribuições pagas pelo segurado, os contribuintes de maior renda terão vantagens expressivas. A probabilidade de desfrutar do bônus é mal distribuída, aumenta com a elevação da renda dos segurados e com a idade, assim como o valor monetário do bônus é mais elevado entre os mais jovens (Pfaff & Busch, 1997). Quem recebe o bônus é significativamente mais jovem, tem menor número de dependentes e a probabilidade de recebimento é maior entre contribuintes homens do que mulheres (Schmidt & Malin, 1996). Tendencialmente, este mecanismo implica a redução das transferências dos contribuintes melhor remunerados para os de menor renda, assim como dos sadios para os doentes, reduzindo os efeitos de redistribuição.

Este mecanismo tem sido modificado nos seguros privados, estimulando-se a reserva de parcela deste bônus para emprego posterior na compensação da idade. Nos seguros privados, uma parcela do bônus é paga monetariamente ao segurado como estímulo financeiro e outra serve como bônus para compensar aumentos do prêmio com a idade (SVR, 1994).

É controverso se esta medida pode ou não reduzir a utilização e conseqüentemente os gastos. A introdução deste mecanismo no GKV redundaria em maiores gastos administrativos, além dos gastos com os bônus. Duvida-se que a contenção produzida possa superar estes gastos adicionais (Schmidt & Malin, 1996; Braun, 1996). A utilização mais racional por parte dos segurados é pouco provável de ser alcançada, pois os segurados não conhecem os custos das ações de saúde e não podem avaliar efeitos monetários de poupança. Supondo-se que a implementação da 'recompensa' leve a mudanças de comportamento, estas não necessariamente serão positivas. Pode haver a procura tardia da necessária atenção com efeitos danosos à saúde e a conseqüente utilização posterior mais complexa.

Este mecanismo foi considerado promotor da competição, pois o bônus teria maior aceitação entre os segurados do que o co-pagamento, uma vez que, ao contrário deste último, o bônus aparece como recompensa e seria mais eficaz para atrair bons riscos. Os segurados posicionam-se favoravelmente à restituição de uma parcela das contribuições aos segurados que nada ou pouco utilizaram, pois embora o princípio da solidariedade seja aceito e difundido, as representações dos segurados são impregnadas pelo princípio da equivalência constitutiva do modelo de seguro social, segundo o qual os benefícios devem estar relacionados ao mérito.[336] As mesmas pesquisas, no entanto, fazem duvidar das possíveis mudanças de comportamento na utilização. A grande maioria dos entrevistados (95%) afirma que não renunciaria a atendimento médico por este motivo (Schmidt & Malin, 1996).

---

[336] Cerca de 70% dos segurados entrevistados concordaram com a afirmativa: "quando o segurado utilizar muito pouco, ou não utilizar, serviços de saúde ele deve receber de volta uma parcela correspondente de sua contribuição" (SVR, 1994:221).

Em virtude dessas estimativas, poucos efeitos de contenção podem ser esperados da introdução de bônus pela baixa utilização. Mais do que uma forma de racionalização do comportamento da demanda, a medida visaria, portanto, a servir de parâmetro à seleção de riscos e estimular a competição por segurados.

Opção por uma franquia

A opção por uma franquia (*Selbstbehalt*), isto é, a renúncia pelo segurado de uma parte da cobertura, é mais um procedimento que pode ser enquadrado entre os estímulos monetários de 'racionalização do comportamento da demanda', significando privatização parcial da cobertura do risco de adoecer. Como deslocamento de gastos, tem as mesmas conseqüências acima apresentadas para o co-pagamento.

Por ser opcional, a assunção de franquia, mais do que deslocar gastos, possibilita a seleção de bons riscos, do mesmo modo que a distribuição do bônus. Apenas segurados que avaliam como baixa a probabilidade de utilizar serviços e que são relativamente melhor remunerados é que poderão optar pela assunção de franquia. Pessoas doentes ou com salários mais baixos não poderão se questionar quanto à possibilidade de assumir parte dos gastos.

O desconto de taxas de contribuição mais baixas, possibilitado pela assunção de franquia, poderia ser atraente para grupos de segurados de menor renda, porém, os problemas decorrentes desta opção seriam ainda maiores. As pessoas de baixa renda estariam tentadas a contratar seguros com tarifas mais baixas para aumentar seus orçamentos familiares. Contribuições mais baixas são incentivo econômico para este grupo, que poderia ignorar seus riscos de utilização e confiar na manutenção do estado de saúde, mesmo sem ter rastro financeiro suficiente para cobrir possíveis despesas. Neste caso, o necessário atendimento poderia deixar de ser procurado ou retardado, afetando o estado de saúde destes grupos (Gerlinger, Giovanellla & Michelsen, 1997).

Do mesmo modo que no caso do bônus discutido anteriormente, mais do que estimular a utilização mais parcimoniosa por parte dos segurados, a medida é vantajosa para aqueles segurados que utilizam pouco devido ao seu estado de saúde.

Em resumo, as tarifas opcionais são vantajosas e interessam aos bons riscos – saudáveis, provável baixa utilização e renda mais elevada – e provocam deslocamento de gastos entre os segurados, dos doentes para os mais saudáveis (no sentido inverso de uma redistribuição solidária). Os segurados que optarem por estes mecanismos contribuirão com menos para o fundo solidário, tornando as taxas de contribuição do conjunto restante mais altas, uma vez que os que sobram apresentam riscos mais elevados, correspondendo a maiores despesas.

Tais mecanismos em seu conjunto penalizam os doentes. Estes pagam contribuições mais elevadas e, ainda, a participação financeira no ato da utilização, da qual não podem prescindir.[337]

Racionalização da Oferta: eficiência via novas relações entre Caixas e prestadores?

Diversas das medidas implementadas durante a década de 90 podem ser tipificadas como de racionalização da oferta. Entre estas, incluem-se a definição de tetos orçamentários por setores de atenção, as mudanças nos sistemas de pagamento dos setores ambulatorial e hospitalar, as medidas regulatórias da assistência farmacêutica, deslocamento de atividades do setor hospitalar para o ambulatorial, entre outras. Enquanto na terceira etapa a ênfase foi em medidas restritivas da demanda, a Lei da Reforma do GKV 2000 introduziu diversos incentivos à reorganização da oferta de serviços e do modelo assistencial, estimulando: a articulação entre os setores ambulatorial e hospitalar, a constituição do clínico geral como porta de entrada e a conformação de redes integradas de atenção.

As mudanças nos sistemas de pagamento empreendidas, assim como a definição de tetos máximos por setor de atenção, são importantes medidas de 'racionalização da oferta'. A definição de limites de gastos por setor é prática reiterada desde 1978, em particular para o setor ambulatorial. Ao final dos anos 80, a este modo de contenção foram somadas mudanças nos sistemas de pagamento hospitalar e ambulatorial. No setor hospitalar, pagamentos prospectivos foram introduzidos com a Lei da Estrutura da Saúde a partir de 1993. No setor ambulatorial, o sistema de remuneração médica foi expressivamente modificado com a 2.NOG de 1997, após uma série de alterações parciais, tendo sido criado um misto de pagamentos prospectivos (pagamentos por caso tratado), valoração por unidades de serviço e definição de tetos máximos por consultório, como visto.

Este conjunto de medidas de 'racionalização da oferta', mudanças nos sistemas de pagamento, definição de preços e tetos orçamentários, podem ser consideradas, em sua lógica indutiva, como formas de pagamento prospectivo, trazendo consigo os mesmos problemas que tais métodos. Sistemas de pagamento prospectivo invertem a lógica dos estímulos econômicos para a prestação de servi-

---

337 Lembrando ainda que todos estes mecanismos significam claras desvantagens para as mulheres contribuintes. Estas, em geral, têm rendimentos mais baixos e probabilidade de utilização mais alta (Zoike, 1997).

ços. Os pagamentos prospectivos incentivam a redução da atenção dispensada a cada paciente, trazendo consigo o perigo da subassistência, enquanto os sistemas de pagamento por unidades de serviço no setor ambulatorial e por meio de diárias únicas no setor hospitalar, que até então garantiam o pagamento de qualquer serviço produzido, estimulavam uma sobreassistência (Kühn, 1995a).

Alguns autores consideram estas mudanças nos sistemas de pagamento como elemento de competição. A idéia desta forma de pagamento seria o estabelecimento de preços fixos por caso tratado ou procedimento realizado, independente do consumo de recursos envolvidos em cada caso concreto. Orientados pelo lucro, hospitais poderiam passar a selecionar casos mais vantajosos e especializar-se em procedimentos mais lucrativos.

Os sistemas de pagamentos prospectivos instituídos para os setores ambulatorial e hospitalar – cada qual com suas especificidades – compreendem uma série de mecanismos que visam a se antepor a estes efeitos indesejados. Esta modalidade de sistemas de pagamento acarreta acompanhamento e rigorosa vigilância da qualidade, de modo a evitar que se faça economia às custas da qualidade da atenção prestada aos pacientes.

Novas formas de organização da atenção

Ainda que de forma pouco abrangente, as leis de 1997 facilitaram a diferenciação dos contratos das Caixas com os prestadores mediante a experimentação de novos modelos de organização, financiamento e remuneração, bem como de 'estruturas organizacionais', modelo do médico generalista, (*Hausarztmodell*), e consultórios em rede (*Vernetzen Praxen*). Deste modo, inovações da organização da atenção experimentadas até então por algumas Caixas na forma de projetos piloto de baixa cobertura poderiam ser difundidos, com limitações, pois, em ambos os casos, os contratos somente poderiam ser negociados com as Associações de Médicos das Caixas e com prazos limitados. Pela Lei da Reforma do GKV 2000, todavia, uma Caixa pode negociar com grupos de médicos credenciados ou hospitais ou com as Associações de Médicos da Caixas (*Kven*). Assim, o direito de exclusividade destas Associações é quebrado, sendo estimulada a concorrência entre prestadores.

Por meio de formas diferenciadas de contratação de prestadores e mudanças nas formas de organização da atenção, as Caixas deveriam redirecionar sua competição para o campo das modalidades assistenciais, colocando formas inovadoras, menos onerosas e de melhor qualidade à disposição dos segurados e da sua clientela postulante.

As novas formas de organização da atenção foram preconizadas pelos defensores da 'concorrência da oferta'. A inclusão dessas formas organizacionais recomendadas pelas Caixas e pela Central Sindical (DGB) mostra, por um lado, a tentativa,

embora tênue, de compromisso da coalizão governamental conservadora-liberal com esses atores e, por outro, a mudança de ênfase da política impulsionada pelos social-democratas e verdes. Estas medidas, contudo, não são incompatíveis com os propósitos de contenção e competição. Bem o demonstram as experiências de *managed care* ou 'atenção gerenciada' – as modalidades americanas da relação entre provedores de seguro/financiadores da atenção e prestadores de ações médico-sanitárias.

No modelo sugerido pelas Caixas Locais (*Hausarztmodell der AOKen*), o segurado escolhe um clínico geral ao qual deve recorrer como primeira alternativa e que passa a coordenar a sua atenção. O médico deve responsabilizar-se pela coordenação de seu tratamento, orientando-o sobre as possibilidades terapêuticas e as ações disponíveis, fazendo os encaminhamentos necessários. Neste modelo, pretende-se o manejo médico e social do caso. A orientação psicossocial, a prevenção e a reabilitação seriam tarefas a cargo do médico geral e/ou sob sua coordenação, o que melhoraria a qualidade da atenção e evitaria desperdícios e a prestação de serviços desnecessários (Stegmüller, 1996).

O modelo implementado experimentalmente por Caixas de Empresas – consultórios em rede com orçamentos combinados (*vernetzen Praxen bei kombinierten Budgets*) – envolve a criação de centros de atenção integrados com orçamentos combinados por iniciativa dos próprios prestadores: médicos de várias especialidades e outros profissionais de saúde compõem uma rede de atenção e partilham orçamento comum. Diversos critérios para admissão dos médicos no esquema são previstos, tais como: qualificação, conhecimentos em epidemiologia clínica, em ações psicossociais, experiência em trabalho cooperativo, prévia participação em círculos de qualidade. A estrutura organizacional, por sua vez, funda-se na transparência, redes internas de computadores, na comunicação entre prestadores, discussão de casos e sistema de segunda opinião, e no desenvolvimento de protocolos de condutas e terapêuticos (Richard & Schönbach, 1996).

Estas novas modalidades de atenção garantiriam oferta coordenada e abrangente de ações médicas gerais e especializadas, métodos terapêuticos e diagnósticos, além de orientação de longa duração para pacientes crônicos e na área de geriatria. A intenção seria incluir, o máximo possível, os gastos com terceiros nos orçamentos combinados (medicamentos, outros métodos terapêuticos e exames diagnósticos), evitando o deslocamento de gastos para outros setores, como, por exemplo, para encaminhamentos à investigação diagnóstica em regime de internação. Uma atenção integrada contribuiria, ao mesmo tempo, para a melhora da qualidade e da eficiência da atenção prestada. Segundo as Caixas Substitutas, estas formas integradas de atenção facilitariam a introdução de mecanismos para a promoção da qualidade e eficiência, tais como a elaboração de protocolos de condutas para diagnóstico e tratamento de doenças específicas, discussão de casos, solicitação de pareceres, lista positiva de medicamentos etc. (AG-KK, 1994:21).

A livre escolha a segurados e prestadores é garantida. Ambos podem optar entre as formas de organização da atenção inovadoras e a forma tradicional. Como estímulo à escolha de um dos novos modelos de organização da atenção pelos segurados, as Caixas podem oferecer bônus de adesão na forma de retorno de parcela de suas contribuições (Bundestag, 1999). Além disso, os segurados supostamente viriam a optar por estas modalidades de atenção integrada em virtude das vantagens em termos de qualidade e de coordenação da atenção.

As novas formas de atenção são introduzidas com o propósito de resolução de problemas quanto à expansão excessiva do volume de ações prestadas e de insuficiente integração ao interior do sistema – tanto dos médicos entre si e com os outros prestadores em seu conjunto como entre o setor ambulatorial e hospitalar – não apenas no que concerne à prestação de serviços, como também ao financiamento dos mesmos (Schönbach, 1997). A falta de integração ao interior do sistema de atenção é um dos problemas reiteradamente diagnosticado, em especial, a não articulação entre setor hospitalar e ambulatorial, mas tocado de modo indireto por diversos procedimentos até então implementados. A criação dos 'consultórios em rede' e do 'modelo do médico generalista' pode vir a tornar-se a mais importante medida no sentido de promover maior integração.

Sistemas integrados de atenção são importantes para dar conta do acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas, para os quais os sistemas de atenção à saúde, em geral, estão pouco preparados. Este não é problema apenas do sistema de saúde alemão, mas da atenção médica contemporânea, que, fragmentada pela especialização crescente, não consegue garantir atenção integral e integrada ao paciente. A medicina atual ainda não está preparada para o atendimento de doenças crônicas.

Conquanto o modelo anterior para a atenção de doenças crônicas asilar e de exclusão seja hoje exceção, um novo modelo assistencial que dê conta da atenção integral e integrada voltada ao paciente crônico está por ser arquitetado e implementado. Renovar o papel do clínico geral e compor uma equipe de saúde com suas novas e diversas profissões e especialidades médicas, objetivando articular a atenção nos vários níveis de complexidade do sistema são tarefas urgentes. O atendimento das necessidades de saúde de modo integral requer uma cadeia de atenção composta com serviços de promoção e prevenção, centros de saúde interdisciplinares, agregando as diversas especialidades médicas, instalações para clínica-dia no setor ambulatorial e, ao final, o hospital como centro de atenção complexa.

A abertura legal de alternativas à negociação entre Caixas e prestadores por meio dessas formas de organização da atenção pode contribuir neste sentido. Esta contudo não é tarefa fácil. Este desafio exige a democrática participação de todos os atores, a comunicação e a interação entre os participantes do sistema. O ambiente competitivo limita as possibilidades das mesmas. O jogo estratégico da competição supõe a anticooperação.

Semelhantes medidas podem ser consideradas como formas de atenção gerenciada (*managed care*), pois visam a mudar o comportamento dos prestadores, apresentando elementos similares ao mesmo e, por conseguinte, apontando problemas comuns. *Managed care* seria um caminho para obtenção de maior racionalidade nas decisões médicas por meio de medidas de controle da prestação, e mediante o compartilhamento de responsabilidades financeiras entre prestadores e provedores de seguros. Diversas medidas de controle são introduzidas com o objetivo de alterar o comportamento dos prestadores. Nesta concepção, o médico geral, como *gatekeeper*, auxiliado por pessoal administrativo que não entra em contato com o paciente, distribuiria os recursos de forma mais eficiente ao cortar ações dispendiosas, desnecessárias e inefetivas.

Contudo, o resultado de melhor e mais eficiente atenção não está garantido. No caso do *managed care* americano, um de seus problemas mais importantes é a intervenção de pessoal administrativo do seguro, ao qual o médico está obrigado a recorrer para solicitar autorização concernente ao procedimento fora da rotina e para cada internação. Isto pode interferir na qualidade da atenção, uma vez que o controle passa a ser exercido pela própria seguradora, cujo interesse econômico é reduzir as despesas para manter prêmios baixos e garantir sua parcela no mercado, o que pode resultar em racionamento puro e simples. Além disso, os próprios prestadores passam a assumir medidas internas de controle de custos e de utilização quando os riscos financeiros são compartilhados entre seguradoras e prestadores.

Este tipo de estratégia pressupõe que a participação dos prestadores, médicos e hospitais, nos riscos financeiros seria estímulo adequado para que tivessem, como primeira preocupação, a manutenção da saúde de seus segurados e, por esse motivo, enfatizariam medidas preventivas e estimulariam a assunção de comportamentos saudáveis por parte de seus pacientes. O clínico assumiria novas tarefas preventivas com o intuito de garantir clientela mais saudável, o que redundaria em menores gastos.[338] Pelo mesmo motivo, pressupõe-se também que os médicos realizariam os exames estritamente necessários, prescreveriam um mínimo de medicamentos (caso estivessem incluídos na cesta) e encaminhariam a especialistas ou solicitariam internação apenas quando estritamente necessário.

A experiência americana, contudo, tem demonstrado que o estímulo a ações preventivas não acontece (Schwartz & Busse, 1994; Schlesinger, 1996). Os resultados dos sistemas de atenção gerenciada americanos são positivos apenas em ter-

---

338 Nos esquemas comerciais, o interesse não está na prevenção de doenças – redução do sofrimento humano –, mas na prevenção de gastos, o que leva a duvidar desta possibilidade de mudança na atenção.

mos microeconômicos – alcançam controlar custos.[339] O alcance de maior eficiência, porém, não necessariamente assegura a qualidade da atenção. Os controles sobre os prestadores levam à redução de gastos, mas não se pode inferir que um mínimo de atenção eqüivale à atenção de qualidade. No modelo de 'atenção gerenciada' dos seguros privados há risco evidente e grande estímulo a uma subatenção. A delimitação entre o que é estritamente necessário e a atenção supérflua pode ser substituída pelo racionamento puro e simples, prejudicando a qualidade da atenção. Como afirma Ugá (1997:138), "a atenção gerenciada teve impacto positivo sobre a redução dos custos dos tratamentos em saúde, mas estas reduções podem estar se dando em detrimento da qualidade e do acesso".

Foge ao escopo do trabalho uma discussão mais aprofundada a respeito do *managed care*. O interesse aqui é alertar para os problemas que esta forma de relação entre seguradoras e prestadores pode implicar, com base na experiência americana e de acordo com os estímulos que introduz. O que não é o mesmo que afirmar estes resultados no caso da Alemanha, onde o aparato político-institucional é bem diverso do americano. As Caixas são públicas e administradas paritariamente por trabalhadores e empregadores, há tradição de solidariedade, o sistema é muito regulado e os médicos são organizados de forma unitária em associações regionais, só para citar aspectos que podem tornar proposições similares substancialmente distintas quanto aos resultados de sua implementação.

Defensores da introdução de mecanismos de *managed care* na Alemanha ponderam que este deveria ser 'domesticado'. Na experiência alemã, os aspectos da informação são particularmente enfatizados, seja pelo lado dos pacientes, por meio de serviços de aconselhamento e orientação e ações de coordenação da atenção para os segurados, em especial, os doentes crônicos, seja pelo lado dos prestadores, os médicos credenciados, que serão melhor informados a respeito da infra-estrutura local e seu comportamento em termos de prescrições e encaminhamentos. Afora isso, tanto prestadores como produtores (indústria médico-farmacêutica), bem como os distribuidores (farmácias), deveriam ser igualmente integrados a um gerenciamento abrangente da saúde. Hospitais seriam estimulados a escolher alternativas mais baratas e melhorar a qualidade, e a indústria farmacêutica participaria de projetos de gerenciamento de doenças crônicas (Knieps, 1996).

O debate em torno das novas formas organizacionais mostra também como medidas racionalizadoras podem incorrer em uma diversidade de interpretações. As novas formas organizacionais da atenção propostas podem ser vistas principal-

[339] No afã de eficiência, por vezes, autores extrapolam conclusões de garantia de qualidade a partir do alcance de redução de gastos hospitalares e da renda de médicos de algumas especialidades – resultados de eficiência –, afirmando, sem delongas, que a qualidade está, ao mesmo tempo, garantida. Este é o caso do debate no Brasil interno ao setor de saúde suplementar. Veja, por exemplo, Nicz (1998). O autor faz descrição do *managed care* e HMOs, enfatizando os resultados de eficiência.

mente como um modo de contenção, dado o exemplo da atenção administrada nos EUA, ou concernentes às necessidades de maior articulação entre os prestadores para proporcionar atenção integral: uma nova abordagem na atenção de doentes crônicos. Estes resultados dependerão dos modo de regulação e de especificidades do processo de implementação.

É difícil avaliar em que extensão as novas formas organizacionais definidas na lei – clínico geral e consultórios em rede – virão a ser implementadas, pois dependem tanto da adesão voluntária dos prestadores como dos segurados. Se implementadas e comprovadas as suas potencialidades, seja de diminuir custos, seja de melhorar a qualidade da atenção, pode-se pressupor que estas novas formas de organização da atenção, mais do que utilizadas para a competição entre as Caixas, venham a ser gradualmente assumidas por todas. Caso alguma Caixa alcance sucesso com alguma forma organizacional, outras poderão vir a copiá-la ou contratar o mesmo grupo de prestadores.[340] A ampliação das possibilidades de oferta de formas de atenção diferenciadas pode resultar na reorganização parcial do modelo assistencial e levar a nova divisão de trabalho no setor ambulatorial, reordenando-o.

Na perspectiva de novos modelos de atenção, o discurso da eficiência, para além dos cortes que em geral acarreta, pode, deste modo, contribuir para colocar em questão o padrão moderno de resposta social ao problema das doenças e fazer transparecer os limites da atenção médica individual e curativa. A promoção e a prevenção vêm sendo reatualizadas e a organização do sistema de atenção à saúde readequada com o intuito da contenção, o que pode ser uma brecha para ampliar os questionamentos sobre limitações da biomedicina no enfrentamento do sofrimento humano.

Na discussão e constituição de novas formas de organização da atenção, a inadequabilidade na abordagem de doenças crônicas, a baixa garantia de resultados positivos de grande número de intervenções – terapias cujos resultados positivos não ultrapassam os produzidos com efeitos placebo, intervenções que aprofundam o sofrimento e aceleram a morte, levando a uma iatrogenia velada –, a (re)descoberta das potencialidades individuais na superação das doenças (*coping*, *Krankheitsbewältigung*) e a importância do apoio social (*social support*) no desenvolvimento de estratégias individuais[341] são questões que podem ser melhor exploradas, contribuindo para a construção de atenção integral à saúde, no sentido de englobar não apenas a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, mas também considerando e enfrentando aspectos sociais, psíquicos e espirituais do adoecer humano.

---

340 Assim ocorreu, por exemplo, em experiência com 'consultórios em rede' da Associação das Caixas de Empresas em aliança com a Caixa Substituta para Técnicos (Schönbach, 1997).

341 A pergunta sobre como explicar diferenças na evolução de pacientes (freqüência de recidivas e tempo de sobrevida) acometidos da mesma enfermidade e submetidos a idêntico tratamento suscita interesse crescente pelas formas individuais de resposta às doenças crônicas. Os comportamentos para superação do problema pelos atingidos têm sido concebidos como mediadores do desenrolar da enfermidade (Pöhlmann, 1992).

Assim como o alcance de vida digna está na superação da miséria e na redução das desigualdades, o enfrentamento da doença e uma morte digna dependem de cuidados integrais e de adequados apoios psicossociais para todos. Uma atenção integral, neste sentido, como resposta social, pode contribuir para morte digna quando inevitável, e para melhor qualidade dos cuidados, quando a recuperação for possível.

A reatualização da promoção e prevenção da saúde possibilita a abertura de discussão a respeito da necessidade de medidas de promoção, no sentido de deslocar o surgimento de doenças crônicas para idades cada vez mais avançadas. Em oposição à tese de que os anos ganhos em expectativa de vida em idades avançadas seriam de qualidade precária em razão de padecimentos e limitações, há evidências de que a erupção das doenças crônicas pode ser retardada (Fries, 1984; Kühn, 1995c) e que a qualidade de vida na velhice pode ser melhorada (House, Kessler & Herzog, 1990). As barreiras para alcançar condições salutogênicas (promotoras da saúde) são de natureza política e social, e não biológica (Kühn, 1995c).

Quando as restrições crônicas e a evolução da expectativa de vida são analisadas de forma diferenciada, conforme o *status* socioeconômico, conhece-se que a duração e a qualidade de vida dos seres humanos não está determinada por destino biológico ou demográfico. A tese da piora da qualidade de vida nos anos prolongados às custas do progresso médico vale apenas para as populações pertencentes aos estratos socioeconômicos inferiores. Deslocar o aparecimento de doenças e restrições para idades mais avançadas é utopia realizável, pois já conquistada pelos setores populacionais de padrão socioeconômico mais elevado, como demonstram estudos epidemiológicos que analisam a conexão entre idade, estado de saúde e *status* socioeconômico (House, Kessler & Herzog, 1990).

O reconhecimento dessas desigualdades implica direcionar as políticas de saúde no sentido da promoção da saúde de forma coletiva e (não apenas de mudanças nos estilos de vida individuais) e do alcance de maior eqüidade em resultados de saúde por meio de políticas intersetoriais. Estas novas políticas envolvem redistribuição e reatualização dos objetivos de justiça social.

Contenção e Constelação Política: atores e processos políticos

Ainda que esta análise tenha sido centrada nas medidas aprovadas, a observação do processo de reformas permite tecer considerações mais gerais sobre os processos políticos e a participação dos atores. Mudanças legais no Seguro Social de Doença alemão têm sido tradicionalmente de difícil aprovação. Em geral, o

que é aprovado ao final do processo corresponde à pequena parcela do projeto original proposto pelo ministério responsável,[342] o que tem sido imputado à grande quantidade de atores sociais interessados que têm algo a perder ou a ganhar com a reforma (Behaghel, 1994; BMAS, 1994).

No processo recente de reformas, os atores sociais e seus interesses específicos se fazem presentes e, ao mesmo tempo, a intervenção estatal direciona os resultados. Sem pretender dar conta da complexidade dos processos político-sociais, na observação do processo de reformas da década de 90, podem ser destacadas: direcionalidade dada pela coalizão governamental conservadora-liberal no sentido de contenção e na escolha das opções; importância das constelações políticas na produção de mudanças; influência dos diversos atores e interesses setoriais de forma subordinada, mas, ao mesmo tempo, como barreira de contenção da contenção; redefinição dos âmbitos de atuação e de graus de liberdade de ação das estruturas corporativas; além da contemplação de interesses de clientelas políticas específicas.

A coalizão conservadora-liberal imprimiu direcionalidade às políticas de saúde no sentido da privatização parcial dos riscos com o propósito de reduzir os custos sociais do trabalho, subordinando a política de saúde a uma política econômica orientada a garantir a posição do capital alemão na competição internacional. Na terceira etapa, inegavelmente interesses dominantes impuseram limites à atuação dos atores corporativos e definiram a direcionalidade dos processos.

A política social foi submetida aos interesses da política econômica. A coalizão conservadora-liberal subordinou a política social aos propósitos de diminuição dos gastos sociais do trabalho como fator de melhoramento da posição do capital alemão na concorrência internacional, tal como aos objetivos de ajuste da economia alemã para garantir estabilidade monetária e preencher os critérios de Maastricht (baixa taxa de inflação, déficit público menor que 3% do PIB). A redução dos custos do trabalho supostamente produziria vantagens para a posição da Alemanha na competição internacional (*Standort Deutschland*) (fator/custo Alemanha) no sentido de atrair capitais e evitar que o capital alemão busque novas regiões mais favoráveis para investimentos.[343]

---

[342] Até 1991, Ministério do Trabalho e da Ordem Social, ao qual cabia a vigilância do GKV. A partir de então esta competência foi transferida ao Ministério da Saúde.

[343] Nesta retórica é surpreendente a similaridade de discursos no Brasil e na Alemanha, que têm situações díspares de mercado de trabalho e de custos do trabalho (para o capitalista, os custos totais do trabalho é que são importantes e não apenas os custos sociais do trabalho, pois lhe é indiferente gastar com contribuições sociais ou salários diretos). Tal argumentação elucida a força ideológica do discurso. Para nós, se o preço do trabalho fosse fator determinante para o deslocamento de capitais, não haveria mais desemprego ou mercado informal de trabalho no Brasil. Capitais produtivos em grande escala teriam sido atraídos para cá. Pelo lado da Alemanha, é difícil falar em posição ruim quanto à concorrência internacional, já que ocupa o segundo lugar em volume de exportações: mais do que o Japão, ficando atrás dos EUA. Esta comparação esclarece que a dominância deste tipo de discurso econômico não é exigência da natureza das coisas, nem econômicas, nem naturais, mas de escolha política.

Constelações políticas e interesses específicos

O acompanhamento do processo de discussão e aprovação da terceira etapa da saúde, assim como das duas etapas anteriores da 'reforma', evidenciou os inúmeros interesses envolvidos e permitiu observar de que modo a conformação de diferentes constelações políticas produz distintos resultados.

Um cotejo entre os conteúdos da Lei da Estrutura da Saúde (GSG) e das Leis de Reordenamento (NOG) mostra como a constituição de diferentes constelações de atores e interesses em cada conjuntura provoca impacto de forma distinta nos princípios constitutivos do GKV. Ao mesmo tempo, revela que reformulações mais profundas exigem a formação de amplos consensos, como foi o caso das mudanças de caráter mais estrutural introduzidas pela Lei da Estrutura da Saúde (GSG), de 1992. A GSG foi elaborada a partir de acordos entre a democracia cristã e o partido social-democrata, sem a participação dos liberais (do FDP, que integra a coalizão governamental). Esta grande coalizão possibilitou importante intervenção na organização do GKV: a maior concorrência entre as Caixas, aberta com a ampliação da liberdade de escolha pelos segurados e a criação do importante mecanismo de compensação financeira entre elas – compensação da estrutura de riscos – como forma de preservar o princípio de solidariedade em situação de competição.

O consenso entre conservadores e social-democratas possibilitou também a intervenção em interesses setoriais. O consenso político mais ampliado possibilitou que controles sobre os prestadores fossem aprovados e interesses dos produtores atingidos, como os dos médicos com a imposição de sanções caso ultrapassassem os orçamentos para medicamentos, e os dos produtores, com a aprovação de lista positiva de medicamentos: a seleção de medicamentos de eficácia comprovada. No setor hospitalar, permitiu a mudança no sistema de pagamento e do financiamento.[344] Um modelo que incentivava a maximização em termos da expansão do volume de serviços produzidos, o pagamento de diárias uniformes, calculadas de modo a cobrir totalmente os gastos do hospital, foi substituído por modelo misto, que estimula a redução de emprego de recursos na prestação de cuidados: sistema de remuneração por casos/procedimentos. No interregno entre as duas leis, contudo, a base de apoio que aprovou a GSG se desfez, e os mais importantes controles não se efetuaram. Por pressão direta da indústria farmacêutica, a lista positiva não foi elaborada e as sanções sobre os médicos, aplicadas apenas em parte.

O propósito das mudanças introduzidas com a Lei da Estrutura da Saúde, no entanto, foi a organização dos pressupostos, a ampliação da liberdade de escolha das Caixas e a compensação da estrutura de riscos, para viabilizar a competição entre as Caixas. As concepções para a competição entre conservadores e social-

[344] Por conta da negociação com e interesse de governos estaduais.

democratas eram diferenciadas e, na terceira etapa, a coalizão governamental concretizou a competição ao interior do sistema segundo seus propósitos de privatização da demanda.

As Leis de Reordenação de 1997, por sua vez, foram elaboradas e aprovadas pela coalizão governamental sem a participação dos social-democratas, resultando em importante intervenção na autonomia das Caixas com a imposição de drásticas sanções no caso de aumentos de taxas de contribuição e na privatização parcial do risco de adoecer por meio de forte majoração do co-pagamento.

Na terceira etapa, embora a coalizão governamental ao final tenha dado a direcionalidade do processo, a evolução dos projetos governamentais durante os percursos de discussão e votação mostra a influência, de modo concomitante, dos diversos atores sociais na formulação da política de saúde. Estas modificações evidenciam a miríade de interesses imbricados no setor. Modificações foram introduzidas por pressão não apenas das grandes organizações de interesses – trabalhadores, empresários, produtores de insumos e equipamentos –, mas também dos diversos tipos de prestadores, grupos de segurados e governos locais.

A influência dos diversos atores não se faz presente de forma homogênea ao longo do processo, oscilando quanto aos objetivos contemplados. Por um lado, devido à pressão de diversos atores com interesses setoriais diretos, as medidas aprovadas, no que concerne a cortes e diversificação do catálogo de ações e serviços, são menos drásticas do que o proposto de início pelo Conselho de Experts da Ação Concertada em Saúde (SVR). Por outro lado, quando se comparam a primeira e a segunda propostas da coalizão governamental – uma enviada ao parlamento em 1995/1996 e a outra, em 1997. Observa-se incremento da ênfase conservadora-liberal de 'privatização da demanda', em especial, por meio da forte majoração dos valores de co-pagamento e da introdução de mecanismos drásticos, coagindo as Caixas a perseguir o objetivo de estabilização das taxas de contribuição.

Já em relação ao pacote de economia (*Sparpaket*), ainda que sob intensos protestos, a coalizão governamental faz valer a maioria parlamentar, mantendo sua posição e introduzindo poucas alterações. A influência dos trabalhadores organizados vai se exercer então em seu campo de negociação, os acordos coletivos, onde os trabalhadores, em sua maioria, conseguiram garantir os direitos anteriores em contrapartida à concessão de pequenas compensações.[345]

No processo de discussão da lei aprovada, diversos outros grupos se manifestaram, além das organizações clássicas de representação do capital e do trabalho, federação de empresários (BDA) e Central Sindical (DGB), cujos interesses estão inscritos na organização corporativa e autônoma do sistema, e dos principais prestadores setoriais que fizeram propostas setoriais específicas, buscando influenciar a política, representando os interesses dos contribuintes e de seus associados.

345 O que mostra que a sociedade do trabalho, e suas formas clássicas de organização, continua viva.

A alteração do projeto de lei governamental, 2.NOG, retirando-se a proposta de separação do catálogo em obrigatório e outro opcional, composto por diversas ações a serem definidas nos estatutos de cada Caixa, deixou transparecer outros interesses. Manifestaram-se diversos grupos com interesses específicos nas ações passíveis de corte, mostrando a amplitude da constelação de interesses envolvidos: econômicos (prestadores de serviços, donos e trabalhadores das clínicas de restabelecimento, governantes dos balneários), profissionais da área (fonoaudiólogos, terapeutas em geral), grupos de pacientes, associações de portadores de deficiências, familiares etc. Este caso foi um claro exemplo dos múltiplos componentes da base de sustentação dos *welfare states* pela variedade de interesses envolvidos e pela transparência com que se manifestaram como fonte de resistência à introdução de cortes em programas sociais.

Além da recusa mais difusa da introdução de cortes expressa pela mídia e das manifestações dos principais atores setoriais, grupos específicos não só de prestadores como também de pacientes afetados posicionaram-se contra cortes de benefícios/ações específicas. Colocaram-se em defesa da continuidade das internações de caráter preventivo no catálogo obrigatório os prestadores públicos e privados, os trabalhadores empregados neste setor, por meio de seus sindicatos específicos, os governos de municípios cujas economias são dependentes destes serviços e os respectivos estados.[346] Contra os cortes em outros métodos terapêuticos, pacientes portadores de deficiência, familiares e prestadores uniram-se para a manutenção das ações e organizaram manifestações de rua expressivas e marcantes.

A exclusão do catálogo das ações significaria, além da desproteção, importante ameaça aos mercados de trabalho destes grupos. O sistema de atenção à saúde é, ao mesmo tempo, um ramo importante da economia, o que pode também ser tido como fator adicional de sua base social de sustentação. O sistema de saúde é mercado de trabalho essencial e, até o momento, em expansão.[347]

A leitura atenta das Leis de Reordenamento (NOGs) possibilita também depreender, em uma série de detalhes, como as regras são construídas de modo a compatibilizar os diversos interesses, inclusive pequenos interesses particulares. A incorporação de propostas dos atores sociais do campo oponente pode ser também observada na lei aprovada, como é o caso das novas formas de organização da atenção, proposição das Caixas e DGB.

---

[346] Muitos municípios (balneários) têm economia com base em turismo de saúde. Com a exclusão do catálogo destes benefícios, não apenas os empregos diretos nas casas de repouso estariam em jogo, como também de boa parte daqueles do comércio, restaurantes etc.

[347] Entre 1970 e 1986 foram criados 600 mil novos postos de trabalho na área da saúde, estimando-se que empregue mais de 10% de toda a população alemã ocupada (Eberle, 1998).

Tais observações corroboram as análises de diversos autores (Pierson, 1995; King, 1988) quanto à importância de diferentes grupos de interesses específicos na constituição de base ampliada de sustentação e como barreiras à retração dos programas sociais.

Conclui-se que, se a privatização não foi tão drástica quanto, já que o catálogo se manteve único e amplo, tal fato deveu-se à influência dos atores sociais que seriam atingidos de imediato. Ao mesmo tempo, semelhante ascendência dos atores se exerce dentro de limites claros. Ainda que a formulação da política se processe também via influência de grupos organizados, o poder do Estado é posto em prática. Existe hierarquia. A atuação dos atores está condicionada por limites estruturais do estado capitalista e sua influência está delimitada pelas constelações de atores em situação e pelos diferentes *status* políticos conferidos a cada um.

Evidências da política de clientela

O modo corporativo de organização de interesses não prescinde da contemplação de interesses eleitorais imediatos. A política conservadora-liberal envolveu também interesses eleitorais de clientela política (Wanek, 1994; Deppe, 1998a; Gerlinger, 1997). O partido liberal (FDP) não é apenas 'o defensor da livre economia de mercado', representa também interesses dos profissionais liberais. Em particular, médicos e dentistas fazem parte de sua clientela. Por tal razão, este partido dificilmente se dispõe a concordar com qualquer alteração que acarrete maior regulação das atividades dos médicos credenciados ou perdas financeiras. Tanto é a aprovação da Lei da Estrutura da Saúde, que incidiu sobre interesses destes prestadores, dependeu da conformação da 'grande coalizão' entre social-democratas e democrata-cristãos e da exclusão dos liberais, que participavam então do governo.

A política de clientela, como referido anteriormente, ficou evidente durante a implementação da Lei da Estrutura da Saúde, levando à abolição de controle sobre produtores e prestadores. Na terceira fase da reforma, os interesses de médicos e dentistas foram novamente contemplados. Como recompensa pela aceitação, por parte dos médicos, de controle na expansão do volume de ações prestadas, por meio do novo sistema de pagamento por casos atendidos, aboliu-se a definição de tetos orçamentários para os gastos setoriais.[348]

A política de clientela é citada somente para salientar que os objetivos de contenção ao interior do próprio campo conservador-liberal estiveram condicionados por interesses da política miúda. As opções de contenção também são clientelisticamente motivadas, como é o caso da renúncia ao esgotamento de todas

[348] A organização corporativa faz com que os interesses adquiram dependência em relação ao sistema, o que os torna não imediatamente correspondentes aos interesses individuais dos membros da organização.

as reservas de economicidade e ao potencial de racionalização do sistema – um dos itens da perspectiva política liberal conservadora – para não ir contra interesses dos prestadores.

Arranjos corporativos: redefinição dos âmbitos e de graus de liberdade de ação

A principal fonte de influência dos atores sociais, para além de diferentes formas possíveis de pressão de grupos de interesse envolvidos, está no modo de regulação do sistema de seguro social por meio de sua estrutura corporativa. No modelo alemão, o Estado delega a regulação de determinado setor da sociedade, por intermédio de arranjos corporativos, aos atores imediatamente envolvidos, atribuindo-lhes *status* público e inscrevendo seus interesses no próprio sistema (Schmitter, 1974; Lehmbruch, 1996; Döhler & Manow, 1995a; Offe, 1994).

Entre os prestadores, os médicos sobressaem não apenas pela sua capacidade de influência, mas pela forma diferenciada de articulação de seus interesses. A atenção ambulatorial, por meio das Associações de Médicos das Caixas, é o setor da atenção à saúde em que são mais difundidos os arranjos corporativos característicos da proteção social alemã. Estas Associações possuem bem desenvolvidas as quatro dimensões sugeridas por Offe (1994) para a análise do corporativismo: (1) *status* de recursos: os recursos são, em boa parte, supridos pelo Estado, pois são organizações de direito público e de filiação compulsória; (2) *status* de representação: é organização exclusiva de representação dos médicos credenciados e sua área de atuação é definida publicamente; (3) *status* de organização: suas relações internas são reguladas publicamente; (4) *status* de procedimento: são investidas do direito de auto-administração (Offe, 1994).

Em razão da estrutura corporativa, os resultados da negociação entre estas organizações de interesses de nível intermediário não correspondem apenas aos interesses imediatos dos envolvidos. Os interesses são dependentes porque incluídos no sistema, o que os torna não imediatamente correspondentes aos interesses individuais dos membros da organização.

As leis aprovadas na terceira etapa, assim como a Lei da Reforma do GKV 2000, terão repercussões também sobre estes arranjos corporativos, pois redefiniram regras e mudaram competências dos órgãos de administração autônoma.

No processo de contenção desencadeado pela coalizão conservadora-liberal, durante os anos 90, buscou-se ampliar os espaços de atuação da chamada administração autônoma simultaneamente à retração das responsabilidades do Estado. Esse processo, contudo, foi comandado pelo Estado, que definiu as condições da atuação da administração dentro de limites estritos de contenção. Respon-

sabilidades públicas foram transferidas a provedores e prestadores, reforçando o esquema neocorporativo característico da organização do Seguro Social de Doença alemão, ao mesmo tempo em que foram definidas condições mais estritas para sua atuação. Transferiram-se competências a outros agentes de regulação e redefiniram-se propósitos e objetivos da regulação, reduzindo-se os graus de liberdade de atuação dos arranjos neocorporativos.[349]

Naquele processo, a delegação de competências estatais aos órgãos de administração autônoma conjunta não significou ampliação de seus espaços de negociação e graus de liberdade de ação. As possibilidades de ação foram, de antemão, canalizadas segundo objetivos políticos da coalizão governamental. A política neoconservadora continha uma série de dispositivos legais que deveria garantir que a ampliação da competição incorresse na privatização do risco de adoecer e que os interesses dos prestadores não fossem contidos substancialmente.

Deste modo, as medidas implementadas e a capacidade de intervenção estatal observada na terceira etapa não podem ser relacionadas diretamente às proposições neoliberais de 'menos Estado', de retração do Estado ou de Estado mínimo (Stegmüller, 1996; Gerlinger, Giovanella & Michelsen, 1997). Embora o discurso seja de desregulação, abolindo-se alguns procedimentos, o Estado intervém para modificar as formas de regulação.[350] Mais do que diminuição da intensidade e abrangência da regulação, há mudança de ênfase da regulação no sentido de introduzir mecanismos de mercado no Seguro Social de Doença. Tem lugar uma redefinição das relações entre mercado e Estado (Deppe, 1995; Neubauer, 1996). Pode-se, assim, concordar com a tese de Borchert (1995) a respeito da transformação conservadora dos *welfare states*, que afirma que as políticas conservadoras podem ter reduzido o bem-estar, mas não prescindiram do Estado. Ao contrário do preconizado pelos liberais, que propugnam a retirada do Estado, a intervenção estatal se exerceu com determinação.

As leis mais recentes, além de indicar mudanças na condução também mostram a capacidade de regulação e intervenção estatal nos processos políticos. Desse modo, não é possível falar apenas em corporativização do sistema de saúde como preconizado por alguns autores (Döhler & Manow-Borgwardt, 1992). A intervenção do Estado não reduz-se à definição das possibilidades de ação e da competência decisória dos atores, à conformação do meio ambiente para tomada de decisão.

---

[349] A vigilância estatal permanece por meio de diversos mecanismos e órgãos. Em termos analíticos, pode-se dizer que a vigilância não é sobre a finalidade de 'interesse geral', de garantia de proteção social como a do 'Estado nacional keynesiano'. A vigilância principal é sobre a estabilização das taxas de contribuição, sobre a garantia dos interesses econômicos de um 'Estado competitivo nacional'(*nationalen Wettbewerbsstaat*) (Alvater, 1994a).

[350] Intervenção estatal seria a ação estatal pontual e com prazo determinado em processo econômico, com o intuito de corrigi-lo, direcionando-o a objetivos específicos. A regulação estatal, por sua vez, é entendida como forma de influenciar o processo em questão de forma duradoura. A intervenção afeta a competência de condução dos atores corporativos (Neubauer, 1996).

Para Döhler & Manow-Borgwardt (1992), a intervenção estatal na política de saúde objetivaria apenas possibilitar a autocondução do sistema pelas organizações setoriais, política na qual o Estado teria obtido sucesso na década de 80, uma vez que teria alcançado mudar as formas de atuação dos atores. O Estado teria transferido competências e definido regras de tomada de decisão para as organizações setoriais, redefinindo a constelação de atores, e estas teriam encaminhado as reformas necessárias, no sentido de conter gastos, conforme os objetivos pretendidos pelo mesmo.

Durante a década de 90, contudo, não apenas o contexto, mas também o conteúdo da política foram definidos pelo Estado. Tanto a Lei da Estrutura da Saúde (GSG), quanto a terceira fase da reforma e a Lei da Reforma do GKV 2000 têm fortes componentes de intervenção hierárquica. A GSG, na versão original, significou importante intervenção contra o interesse dos médicos e da indústria farmacêutica, a terceira etapa definiu a privatização parcial dos riscos, e a Reforma 2000 interveio em interesse de prestadores, reforçou a posição das Caixas frente a produtores de insumos e modificou o modo de condução corporativa, quebrando o monopólio das Associações de Médicos das Caixas.

Pode-se afirmar que, por um lado, se o sistema de proteção à saúde alemão é impregnado pelos mecanismos de concertação neocorporativa, modelo segundo o qual o Estado renuncia a medidas unilaterais e delega a responsabilidade da solução de conflitos e problemas de condução a organizações hierárquicas e de pertencimento obrigatório de fato ou de direito, atribuindo-lhes funções públicas e tornando-as participantes na formulação das opções políticas; por outro lado, transparece também a capacidade de intervenção estatal no processo político de reformas recentes do GKV.[351] Ocorrem mudanças no modo de condução da política que passa a ocorrer tanto por meio da negociação corporativa, quanto por ordenação hierárquica. A capacidade de intervenção estatal mostra-se na redefinição dos arranjos neocorporativos e na definição do conteúdo da política.

A nova correlação de forças com a vitória eleitoral da social-democracia, por sua vez, possibilitou nova condução do processo, redirecionando-o para o enfrentamento de problemas relativos à qualidade e organização da atenção, colocando aspectos restritivos em segundo plano.

---

351 A manifestação de clara hierarquia na formulação da política limita o alcance das teses sobre erosão do Estado. Uma implicação importante da tese de erosão do Estado nacional, com conseqüências práticas imediatas, é a afirmação da impossibilidade de intervenção estatal. Dizer que o Estado erodiu significa afirmar que o Estado não teria mais capacidade de direcionar as políticas sociais e econômicas. Sem negar as importantes transformações econômico-sociais da atualidade, o apelo à incapacidade de intervenção do Estado é álibi fácil para governos dos países de industrialização recente, como o nosso, se esquivarem de tentativas de políticas mais soberanas e mais voltadas aos interesses populares.

Para concluir a análise das estratégias de contenção, pode-se asseverar que as medidas selecionadas na Alemanha, embora tenham similaridades com aquelas propostas em outros países, adquirem uma forma de aplicação particular, ditada pelas especificidades da institucionalidade do GKV e da organização da atenção à saúde, em particular, a forma de inscrição de interesses e atores na institucionalidade do sistema.

A bibliografia selecionada, ao dar conta do debate alemão referido à ampliação da competição e mecanismos propostos, elucida, por sua vez, as implicações negativas da introdução de mecanismos de mercado ao interior de um sistema de proteção que se quer solidário, especialmente a seleção de riscos e a privatização parcial dos mesmos. Aponta para o fato de que a competição entre seguradoras estimula a seleção de riscos e que a competição entre prestadores pode incorrer em subatenção, ambas aprofundando iniqüidades.

A maioria dos autores que discute o problema da introdução da competição na Alemanha alerta para os efeitos deletérios da concorrência para a proteção social ao risco de adoecer, da mesma forma que chama a atenção para as especificidades do sistema de saúde alemão e de seu modelo de proteção, que atenuariam estes resultados. Semelhantes efeitos não seriam imediatos nem estariam garantidos. Resultariam de mudanças cumulativas a longo prazo não só da organização do sistema de proteção e atenção, mas também culturais – de valores morais e representações sociais. Os presumíveis efeitos da competição seriam alterados não apenas pelos mecanismos e garantias específicas diretamente introduzidos para evitar a competição predatória, mas pelas características fundamentais do sistema alemão.

Sem dúvida, as reformas neoconservadoras acarretam restrições e tendencialmente produzem aumento das desigualdades, mas sua aplicação não traz consigo todos os resultados que uma análise descontextualizada poderia prever. No caso alemão, a competição introduzida é limitada, sendo acompanhada de amplo mecanismo de compensação financeira de riscos para evitar competição predatória e reduzir as possibilidades de seleção de riscos. Da mesma forma, a opção neoconservadora é claramente favorável a medidas mais diretas de privatização parcial dos riscos, mas a introdução e aumentos de co-pagamento são acompanhados de regras que previnem efeitos deletérios desta medida sobre os grupos mais vulneráveis (camadas de baixa renda, doentes crônicos e crianças) e definem um limite máximo de acometimento da renda para a participação financeira direta dos contribuintes. Deste modo, a tradição de solidariedade, princípio constitutivo do seguro social, condiciona as propostas neoconservadoras.

Certa convergência de medidas de contenção, por conseguinte, não traz necessariamente o mesmo tipo de resultados como conseqüência. As especificidades com que as medidas de contenção foram aplicadas no caso alemão indicam que,

embora medidas similares de contenção possam vir a ser implementadas em diversos países, os resultados de sua implantação não podem ser predefinidos de forma genérica.[352] O grau, extensão e forma em que as medidas são postas em prática e, em conseqüência, o impacto que produzem, são condicionados tanto por aspectos culturais que definem certas preferências nacionais, certas escolhas, como pelo aparato institucional prévio, formas de organização e de articulação de interesses e constelações de atores envolvidos.

No caso alemão, a institucionalidade do seguro social, sua forma de organização e as formas de regulação do sistema de características neocorporativas, onde atores e interesses estão inscritos na própria institucionalidade setorial, tem correspondência com a própria forma de organização política da sociedade alemã, condicionando, de forma mais incisiva, as mudanças e limitando a abrangência das políticas de contenção. A ampla aceitação da solidariedade, a estrutura neocorporativa bem desenvolvida ao interior do sistema e a tradição reguladora do Estado alemão são aspectos importantes que moldaram tais resultados.

Dando continuidade à análise das reformas, na discussão final apresentada a seguir, serão analisados os impactos das políticas de contenção na proteção à saúde e as possíveis repercussões das medidas implementadas nos princípios constitutivos do Seguro Social de Doença alemão.

---

[352] As especificidades da proteção e da implementação de medidas de contenção no caso alemão demonstradas neste estudo sugerem baixa probabilidade de ocorrer uma homogeneização da proteção social nos diversos países como conseqüência da 'globalização' da economia.

7 Entre Solidariedade e Subsidiariedade

O panorama contemporâneo acerca do Seguro Social de Doença alemão traçado neste estudo completa-se nesta discussão final, com o exame de suas reformas da década de 1990, no que diz respeito ao seu impacto sobre o nível de garantia da proteção social à saúde e a estrutura do sistema de proteção.

A apreciação aqui realizada não pretende definir o nível de desestruturação ou manutenção alcançados nem os limiares para qualificar a proteção ou a desproteção. Sem a intenção de definir tipologias ou níveis e limites de proteção, discutir-se-á brevemente a variação na cobertura populacional pelo Seguro Social de Doença (GKV) e as alterações na extensão da cesta garantida como modos de aproximação à situação atual da proteção social ao risco de adoecer. Em seguida, serão debatidas as possíveis repercussões das políticas de contenção na estrutura da proteção, a qual é definida por seus princípios constitutivos, em especial, o da solidariedade, com mais forte expressão no seguro social de doença, e por características básicas.

Mais do que a análise financeira, o aspecto principal para o exame de políticas de contenção na área da saúde é a avaliação de suas repercussões na garantia da proteção social. Os principais efeitos negativos de políticas de contenção podem manifestar-se como redução da proteção social – uma forma de privatização – e como aprofundamento de desigualdades nos esquemas de proteção – segmentação. O termo 'privatização' é aqui empregado com o significado de desproteção: erosão da garantia de cobertura do risco de adoecer coletiva e pública.[353] A questão é em que medida o risco de adoecer deixa de ser coberto publicamente e passa a ser responsabilidade direta dos indivíduos. A 'segmentação', por sua vez, implica na garantia de proteção diferenciada entre grupos populacionais,

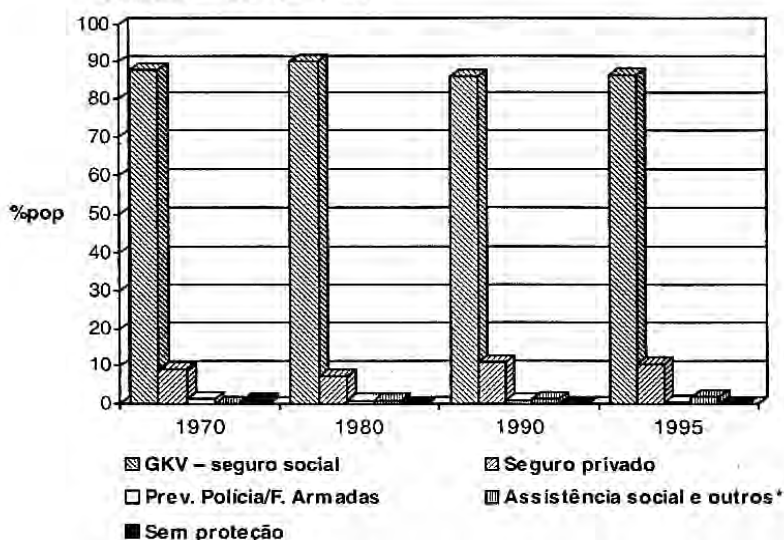
[353] Privatização não se refere aqui, portanto, a processos em que empresas ou serviços de propriedade estatal são vendidos ou em que a prestação de serviços passa a ser atividade da iniciativa privada.

estratificando-os segundo algum critério, seja devido à ocupação, seja ao nível de renda, cristalizando e produzindo desigualdades.

O impacto das medidas de contenção na amplitude (nível e extensão) da proteção social garantida pode ser estimado com base na análise da evolução recente da cobertura populacional e das alterações na extensão da cesta garantida. Ao examinar esse impacto no direito social na última década, questiona-se a redução ou não de sua garantia (privatização) e o aprofundamento de desigualdades dos esquemas de proteção (segmentação).

Interrupção da Inclusão

Considerando-se a linha de inclusão/exclusão por meio da proporção da população que tem proteção à saúde garantida de forma coletiva mediante o GKV, observa-se que o nível de proteção social não se altera expressivamente nas duas últimas décadas. Na Alemanha Ocidental, desde os anos de 1970, o nível de proteção pelo seguro social de doença se mantém próximo a 90% da população residente com ligeiras variações: a mais, nos anos 70, e a menos a partir dos anos 80. A variação entre o maior e o menor nível de cobertura no período é inferior a 4%, não sendo possível afirmar que ocorreu desproteção (gráfico 5).

Gráfico 7 – Evolução da proteção à saúde na Alemanha. Região Ocidental – 1970-1995

Fonte: SVR, 1994 T.300; StBA- *Statistisches Bundesamt*, 1980, 1990, 1995 (p.11; 47; 83), cálculos próprios.

Observa-se, contudo, leve incremento da exclusão: cresce o número absoluto de pessoas protegidas apenas pela assistência social. Enquanto a população aumenta em cerca de 10% entre 1970 e 1995, dobra o número de pessoas com acesso à atenção via assistência social. Embora tenha crescido, a proporção de beneficiários da assistência social no que concerne à proteção à saúde é baixa, menor que 2% da população (tabelas 2 e 3). A exclusão decorreu mais do aumento da pobreza e do desemprego e menos de mudanças na estrutura de proteção. Em 1995, a proporção de segurados pelo seguro social na Alemanha foi similar à de 1970. Como o início dos anos 70 é considerado como ponto de corte que marca o fim da expansão dos *welfare states*, pode-se afirmar que não houve retrocesso. É muito difícil, assim, corroborar teses que anunciam o fim dos Estados de bem-estar.

No que tange às regras de 'inclusão/exclusão', um exame do impacto das reformas das últimas décadas em relação à segmentação de clientelas mostra que o processo de inclusão de novos grupos ocupacionais na proteção, propiciada pelo seguro social de doença alemão, mantém seu padrão de inclusão progressiva até 1981,[354] podendo-se fazer um paralelo de sua interrupção com a entrada da coalizão conservadora-liberal no poder em 1983 e sua saída em 1998. Este processo avançara após a Segunda Guerra Mundial e foi intenso ao final dos anos 60 e início dos 70. Em 1989, porém, com a Lei da Reforma da Saúde, foram aprovadas regras que limitaram a participação no GKV. Tais restrições atingiram, entre outros, o asseguramento dos aposentados, tornando-o dependente de um período de contribuição anterior mais longo sob argumento fundado no princípio de equivalência, ou seja, apenas quem contribui de forma regular para o sistema pode participar quando aposentado. Dificultou-se também a continuidade de asseguramento para profissionais autônomos, além da liberação dos operários com salários acima do limite de contribuição da obrigatoriedade de asseguramento.[355] Essa lei interrompeu o processo de inclusão ao restringir a participação desse grupo no seguro social de doença.

Com a tomada de posse de nova coalizão governamental social-democrata/verde no governo central ao final de 1998, o processo de inclusão foi retomado, ampliando-se a participação nos seguros sociais a contingentes até então excluídos, os(as) trabalhadores(as) de tempo parcial em 'ocupação mínima'.[356]

---

354 Vide capítulo 2.

355 O último item é visto como abolição de privilégios dos empregados: ampliação dos direitos dos operários que, recebendo salários mais elevados, poderiam optar pelo seguro privado, o que é vantajoso apenas para jovens solteiros e bem remunerados. Neste caso, como o risco é baixo, os prêmios a pagar são mais baixos do que as contribuições do GKV, proporcionais aos salários.

356 Embora a medida visasse também a ampliar as receitas dos seguros sociais, pois parte do contingente de trabalhadores incluídos, na maioria mulheres, desfrutava de benefícios na condição de dependentes sem contribuir, é possível afirmar, ao menos provisoriamente, a retomada do processo de inclusão.

Fim da Segmentação?

As três etapas da 'reforma da saúde' (GRG, GSG e NOG) provocam impacto diferenciado na segmentação. A 'Lei da Reforma da Saúde' (GRG) afeta a linha que define aqueles que estão ou não incluídos, ou seja, retrai a fronteira da inclusão. A Lei da Estrutura da Saúde (GSG) rompe com a imposição de segmentação entre os incluídos, até então existente, ao ampliar a liberdade de escolha das Caixas pelos segurados antes obrigados a filiar-se a Caixas específicas conforme a inserção profissional e/ou ocupacional.

As Leis de Reordenação da Saúde (NOG), de 1997, por sua vez, poderiam vir a produzir, no interior do sistema, uma nova segmentação das clientelas, influenciada mais claramente pelo nível de renda.

Caso o conjunto de opções para mudanças no estatutos das Caixas possibilitadas pelas NOGs fosse implementado de forma diferenciada pelas Caixas, a tendência seria de nova segmentação de clientelas: Caixas compostas por contribuintes de camadas mais bem remuneradas, jovens e com expectativa de consumo em saúde mais sofisticada/ampliada e Caixas de camadas pior remuneradas e de segurados mais idosos.

A situação de ter uma clientela de segurados mais jovens e bem remunerados, porém, não é de todo vantajosa para uma Caixa, em virtude da vigência da compensação financeira da estrutura de riscos. Caixas com estrutura de riscos de seus segurados mais favorável são sobrecarregadas nas transferências para o fundo de compensação.

Uma estratificação das Caixas segundo nível de renda, risco e morbidade, porém, não seria novidade no seguro social de doença alemão, pois, tradicionalmente, as Caixas tinham clientelas fechadas adscritas por profissão, o que tem certa correlação com o risco de adoecer e com a renda dos contribuintes. A competição antes existente entre Caixas Locais e Substitutas pela adesão dos 'empregados' e segurados voluntários já denotava este tipo de estratégia para atrair segurados de baixo risco e renda alta. A compensação da estrutura de riscos, todavia, refreia esse tipo de competição. A instituição da compensação financeira da estrutura de riscos pela GSG foi, sem dúvida, uma das principais medidas para evitar concorrência predatória entre as Caixas e preservar a solidariedade básica no sistema.

Talvez seja mais adequado dizer, portanto, que a tendência aponta, a longo prazo, para a reintrodução de privilégios, definidos não mais apenas de acordo com a categoria profissional, mas também conforme a renda. Os resultados da implementação dos cortes do auxílio-doença introduzidos com o *Sparpaket* mostram que se amplia o campo ao retorno de privilégios à medida que se reduz o padrão legal estipulado. Ao transferir-se a disputa para a arena de

negociação de acordos coletivos, local de expressão do conflito capital-trabalho, expandem-se as possibilidades de direitos diferenciados e de introdução de privilégios conforme a posição na ocupação. Desse modo, as desigualdades de direitos/benefícios entre categorias profissionais/ramos da produção conforme sua importância no processo de acumulação e grau de organização política, característica do modelo de seguro social (meritocrático-corporativo ou conservador) de proteção social, podem vir a ser reatualizadas.

Emprego os termos 'reatualização' e 'reintrodução', pois, com a evolução do seguro social, os privilégios de algumas categorias desapareceram por meio da ampliação progressiva de direitos/benefícios dos grupos de trabalhadores menos privilegiados, tendo sido atingida, em alto nível, a garantia de direitos similares entre os incluídos. Os *welfare states* não resolveram – e nem poderiam – o problema da estratificação social. Definiram limites, patamares comuns de garantia de necessidades básicas e padrões de vida digna, mas não aboliram as desigualdades sociais fundadas nas relações capitalistas de produção.

Ao longo do tempo, esvaeceram-se as características de segmentação do modelo de seguro social de tratamento desigual entre operários e empregados, relativas à conservação de *status* diferenciados e, como resultado, de direitos diferenciados. Em especial, no Seguro Social de Doença, a uniformização gradual em termos organizacionais e em relação aos direitos garantidos,[357] a inclusão progressiva de camadas populacionais cada vez mais abrangentes, bem como a ampliação do catálogo de ações garantidas à quase totalidade de ações médico-terapêuticas socialmente disponíveis tornaram os direitos semelhantes.

De fato, a maioria da população permanece incluída, e a segmentação ao interior dos incluídos foi atenuada, com a Lei da Estrutura da Saúde (GSG), ao expandir a liberdade de escolha a mais de 80% dos contribuintes. Além disso, o mecanismo de transferências financeiras entre as Caixas para a compensação da estrutura de riscos ampliou a redistribuição e, por conseqüência, a solidariedade. A redistribuição entre o conjunto dos segurados do GKV foi dilatada. Da solidariedade quase restrita aos membros de cada Caixa, a redistribuição estendeu-se ao conjunto dos segurados, inicialmente em separado para as Regiões Ocidental e Oriental. A Lei para Adaptação do Direito no GKV, aprovada em dezembro de 1999 pela coalizão social-democratas/verdes, com o apoio da democracia cristã da região oriental, prevê a unificação progressiva da compensação financeira da estrutura de riscos entre as duas regiões. A redistribuição, assim, será expandida para o Seguro Social de Doença como um todo.

---

[357] Para Döhler (1994), a amplitude e rapidez da expansão pode ser creditada, em parte, às diferenças com os empregados, como parâmetro à reivindicação da garantia de benefícios em igual nível.

A ampliação da liberdade de escolha das Caixas pelos segurados corresponde simultaneamente à ampliação dos direitos dos segurados ao uniformizar as regras de adscrição.[358] A possibilidade de asseguramento em uma ou outra Caixa deixou de ser atributo do *status* profissional. A garantia de liberdade dessa escolha, até então privilégio dos empregados, *white collars*, e a instituição de critérios idênticos para ambos os grupos, *white collars* e *blue-collars*, quanto à obrigatoriedade de asseguramento (introduzida com a Lei da Reforma da Saúde) dissiparam as distinções anteriores entre estes grupos.

Assim, se até os anos 80 pode-se dizer que o sistema foi conservado quase na íntegra, esta mudança ocorrida na década de 90 pode ser caracterizada como estrutural, pois interfere-se na forma de organização do sistema de provisão de seguros ao abolir-se, em grande parte, os critérios ocupacionais para a adscrição de clientelas.

Com a compensação da estrutura de riscos entre as Caixas houve certa aproximação das taxas de contribuição, atenuando-se desigualdades entre grupos ocupacionais. O grande intervalo de diferença existente entre as taxas de contribuição das distintas Caixas talvez tenha sido o principal resultado do modelo de proteção do Seguro Social de Doença que permaneceu após o processo de expansão. Mais do que garantir privilégios, diferenciando a proteção de distintos grupos, a persistência da forma de organização original de seguro produziu taxas de contribuição diferenciadas entre as Caixas, indicando que se exercia a solidariedade tradicionalmente apenas ao interior de cada grupo de segurados de uma Caixa. Estas importantes diferenças nas taxas de contribuição contradiziam o princípio da solidariedade, segundo o qual cada um deve contribuir de forma proporcional a sua renda. Segurados com igual renda, mas adscritos a diferentes Caixas, contribuíram tradicionalmente (e ainda contribuem) com montantes díspares. Com esta redução de diferenças entre as taxas de contribuição, reduzem-se desigualdades.

A eliminação de privilégios amplia a solidariedade ao interior do sistema. A compensação da estrutura de riscos, por sua vez, faz com que a solidariedade extrapole o grupo de segurados de cada Caixa. O sistema permanece restrito ao mundo do trabalho assalariado, cristaliza-se aí, pois a solidariedade é pouco ampliada a grupos externos, mas a redistribuição transpõe, em parte, as barreiras de cada um dos grupos antes adscritos de modo compulsório a determinado tipo de Caixa, dependendo de sua ocupação. Atenua-se assim, a segmentação.

---

[358] Parte da esquerda posicionava-se contra a liberdade de escolha das Caixas. A afiliação compulsória era vista como garantia de defesa de um coletivo, como barreira para atomização dos segurados. Não era compreendida como abolição de privilégios. Estes já teriam sido extintos com a constituição de catálogo único pela GRG.

Nível de Proteção: privatização parcial e indireta do risco de adoecer

Mais do que influir na segmentação, o que ocorre são restrições na utilização, uma vez que, além de diversos cortes de ações, introduziram-se uma série de medidas que podem ser tipificadas como de 'racionalização da demanda'.

As modificações do catálogo na última década, todavia, não podem ser enquadradas apenas em uma categoria de restrições. Na primeira etapa da reforma, em 1989, o catálogo foi uniformizado, o que significou ampliação de benefícios oferecidos anteriormente apenas por algumas Caixas ao conjunto dos segurados do GKV. Durante os anos 90, novas ações foram incluídas simultaneamente às restrições. A cesta foi acrescida de ações preventivas e profiláticas (na área odontológica), o acesso direto à psicoterapia foi garantido (deixou de ser intermediado pelo médico) e novo ramo de seguro para cuidados de longa duração foi criado, alargando-se a proteção social para novos riscos até então parcialmente cobertos.

Ainda que uma cesta básica não tenha sido definida nem importantes restrições introduzidas, mantendo-se o catálogo existente como único, uma série de cortes de pequena magnitude foi feita em diversas áreas da atenção à saúde, em geral, não relacionada à assistência médica ambulatorial e hospitalar diretas, sistematicamente protegidas.

As mais importantes restrições foram implementadas nos setores de assistência farmacêutica e atenção odontológica, em particular, por meio do aumento da participação financeira direta dos usuários. Estabelecidas em 1977, as regras de co-pagamento para medicamentos e próteses foram modificadas de maneira reiterada na última década, da mesma forma que majorada a participação dos usuários. De maneira específica, para a assistência farmacêutica, os aumentos dos valores de co-pagamentos na última década podem ser interpretados como redução da cesta de medicamentos até então garantida.[359]

Na assistência farmacêutica, o aumento das taxas de co-pagamento tradicionalmente não teve a oposição da indústria setorial nem das farmácias. Valores baixos de co-pagamento não afetavam diretamente o consumo, pois a demanda por medicamentos é secundária e, ao mesmo tempo, a introdução do co-pagamento para medicamentos teria contribuído para expansão do consumo e preços ao garantir a continuidade de seu financiamento.[360] Após a majoração

---

359 Em todos os países da União Européia, com exceção da Holanda, existe co-pagamento para medicamentos (BMAS, 1996b). Estima-se que a participação financeira direta da população da Alemanha na assistência farmacêutica (considerados gastos totais), seria maior do que 50%, situando-se em posição média em termos de comparação internacional.(OECD, 1997).

360 Em vez de levar à redução do consumo, o co-pagamento teria possibilitado às farmácias e indústria farmacêutica elevarem seus preços.

pelas Leis NOG, em 1997, a indústria farmacêutica passou a reclamar dos altos valores atingidos, o que pode ser indicativo da previsão de impacto negativo sobre o consumo.

No caso da assistência odontológica, os cortes foram mais drásticos. A principal restrição implementada diz respeito às próteses dentárias. A cobertura dessas despesas pelas Caixas, que era de 80% em 1977, foi reduzida aos poucos, atingindo 50% no início dos anos 90. Em 1996, as próteses dentárias foram excluídas do catálogo para os segurados nascidos a partir de 1979 (os menores de 18 anos à época), exclusão esta posteriormente abolida pelos social-democratas. Em 1997, para os outros segurados, foi aprovada a substituição da participação percentual no pagamento de próteses por subsídio fixo por tipos, correspondente a 45% dos preços médios de então. O estabelecimento de subsídio fixo, ao desvincular a participação financeira das Caixas do preço real, provavelmente levará a aumento das despesas a cargo dos segurados.

A predileção por cortes em próteses dentárias pode ser atribuída ao fato de que estas ações não fazem parte do núcleo duro da assistência à saúde, sendo benefício de incorporação mais recente. Tornou-se obrigatório apenas em 1974. Além disso, tais restrições não sofrem a oposição de dentistas, não afetam diretamente um setor da economia ou o emprego de algum grupo profissional e não apresentam forte apelo moral.

A terceira etapa da reforma, por meio das leis de Alívio das Contribuições de 1996 e de Reordenação (NOG) de 1997, pode ser tomada como ponto de acentuação das restrições e de interrupção do processo anterior de expansão progressiva do catálogo de ações e benefícios do GKV, não apenas pelos cortes introduzidos, como também pela majoração expressiva e dinamização da participação financeira dos pacientes.

As restrições ao catálogo ocorreram, em especial, por meio de cortes quantitativos. A opção por cortes quantitativos é em geral preferencial em políticas de contenção por ser de mais fácil aplicação. É difícil selecionar com base exclusivamente em critérios médicos quais seriam as ações necessárias e quais as denecessárias para excluir as últimas do catálogo. Assim, mais do que racionalização, renúncia a ações com efeito duvidoso, houve um provável racionamento, renúncia a ações de efeito comprovado,[361] dado que o co-pagamento atinge as ações de forma linear sem distinção nos setores em que é aplicado.

Os cortes quantitativos da cesta, ainda que importantes, são atenuados pela existência de cláusulas que dispensam os segurados de baixa renda do co-pagamento, limitam o comprometimento da renda para o conjunto dos segurados e reduzem esta participação no caso de doentes crônicos.

---

[361] Definições conforme Porzsolt (1996). Os limites entre racionalização e racionamento são tênues.

Cortes qualitativos foram propostos para a terceira etapa, mas não aprovados. A renúncia à introdução de outros cortes propostos pela coalizão conservadora-liberal decorreu da intervenção de diversos atores e o seu debate demonstrou a amplitude da constelação de interesses envolvidos: econômicos, prestadores de serviços, profissionais da área, grupos de pacientes, associações de deficientes, familiares, entre outros.

A possibilidade de acesso a cestas diferenciadas é restrita, pois a legislação não permite muita variação nas ações a serem oferecidas.[362] O catálogo de serviços permanece único para a quase totalidade das ações oferecidas, e uma diferenciação limitada é possível apenas no sentido de sofisticação da cesta, resultante mais da ampliação de métodos terapêuticos alternativos do que pela inclusão de tecnologia médica de ponta. O acesso à tecnologia médica, pelo menos no estágio atual de desenvolvimento, é garantido.

Em síntese, pode-se dizer que o catálogo de benefícios do Seguro Social de Doença alemão, apesar das restrições, continua abrangente e uniforme. O cerne da atenção médica hospitalar e ambulatorial não foi atingido e o acesso ao progresso da tecnologia médica está assegurado por lei. A possibilidade de diferenciação do catálogo entre as Caixas é modesta e as principais restrições ao catálogo foram de caráter quantitativo, via participação financeira direta dos segurados.

Embora não abrangentes, cortes quantitativos da cesta representam privatização parcial do risco de adoecer. A privatização parcial dos riscos acarreta desproteção, erosão da garantia de cobertura coletiva e pública do risco de adoecer. Tem o sentido de declínio do nível de proteção social à medida que despesas com assistência à saúde deixam de ser cobertas pelo esquema público solidário e passam a ser responsabilidade privada dos indivíduos. A privatização da cobertura do risco de adoecer na Alemanha, contudo, é parcial e, em especial, indireta. Indireta, pois o grupo de indivíduos incluídos e protegidos não foi significativamente reduzido. Parcial porque apenas pequena parte das despesas com cuidados de saúde foi transferida aos pacientes no ato da utilização.

Impacto nos Princípios Constitutivos

Questão central na análise das repercussões estruturais das medidas aprovadas é o impacto das políticas de contenção nos princípios constitutivos do seguro social e, no caso do Seguro Social de Doença, em especial, o princípio da solidariedade. Como exposto, as contribuições no Seguro Social de Doença não são relativas aos riscos de saúde individuais, mas sim às possibilidades financeiras de

[362] Estima-se que a possibilidade de variação do catálogo é de apenas 10% das ações.

cada contribuinte, consistindo em uma proporção de seus salários. Deste modo, todos os segurados, independente dos valores de contribuição, têm direito a catálogo idêntico de ações de saúde, o que envolve redistribuição, cujo deslocamento financeiro se dá dos segurados de maior renda, solteiros e mais sadios ao pólo oposto.

Na proteção social fundada no modelo de seguro social, a centralidade no trabalho assalariado pressupõe que sejam transpostas características das relações do mercado de trabalho para a base da política social, cristalizando desigualdades; ao mesmo tempo, o Estado Social nega, em parte, os mecanismos de mercado, ao assegurar a satisfação de necessidades sociais politicamente definidas. Neste modelo de proteção, o objeto das disputas políticas está na adequação entre mérito e necessidade.

Embora estruturado com base no mérito, uma concepção de distribuição está embutida em diversas áreas do seguro social. Necessidades politicamente definidas fazem parte da estruturação do sistema. Uma vez que o princípio da necessidade também se faz valer independente da capacidade de contribuição do indivíduo, a solidariedade toma força no interior do sistema. Portanto, não se pode subestimar o princípio de justiça distributiva conforme as necessidades que estão presentes no sistema de seguro social.

Há constante tensão entre os princípios constitutivos do seguro social (equivalência/mérito, solidariedade/necessidade e subsidiariedade). Enquanto a 'solidariedade' pressupõe redistribuição, a 'equivalência' dos benefícios às contribuições, o direito a benefícios conforme o 'mérito', nega esta possibilidade, a 'subsidiariedade', por sua vez, restringe a comunidade solidária. A solução encontrada para este conflito, assim como para as contradições inerentes ao somatório dos elementos de natureza distinta, civil, político e social da cidadania (Fleury, 1997), resulta da correlação de forças sociopolíticas em cada momento dentro dos limites da seletividade estrutural do Estado capitalista (Offe, 1984; Esping-Andersen, 1990). O ponto de equilíbrio temporário entre a solidariedade e a subsidiariedade, bem como entre a solidariedade e a equivalência, é politicamente definido em cada conjuntura histórica.

No Seguro Social de Doença alemão impera o princípio da necessidade. Ao garantir a utilização de serviços de saúde a todos os segurados conforme a necessidade e independente do valor das contribuições, o Seguro Social de Doença subsume a equivalência à solidariedade. A precedência de tal princípio sobre o da equivalência atenua as características conservadoras do modelo de seguro social alemão de cristalização das desigualdades produzidas pela posição ocupada no mercado de trabalho.[363]

---

[363] A concomitância do princípio da equivalência contribuiria para a estabilidade do Seguro Social de Doença. As áreas da proteção social financiadas coletivamente, onde as transferências e redistribuição são mais fortes, apresentam a tendência de, em períodos de contenção, serem afetadas com mais facilidade do que aquelas em que os benefícios são calculados com base no nível de remuneração dos indivíduos (Alber, 1986; Blanke, 1996).

A expansão e uniformização do catálogo de serviços e benefícios, assim como a progressiva inclusão de camadas cada vez mais abrangentes da população, acoplada às possibilidades de emprego quase pleno, deram feição universal ao sistema contemporâneo. Assim, o princípio da solidariedade suplantou historicamente os princípios de equivalência e de subsidiariedade. No processo recente de contenção, contudo, ocorre revitalização dos últimos, emergindo tensões entre a garantia de proteção conforme o mérito ou a necessidade e entre as responsabilidades individuais e as da comunidade solidária.

Com as políticas de contenção de gastos, a discussão a respeito da subsidiariedade voltou a ter destaque e sua vigência foi reatualizada em decorrência da opção preferencial destas políticas por mecanismos de privatização da demanda, em especial na terceira etapa.[364]

A opção por estes mecanismos que penalizam pacientes e segurados de menor renda afeta os princípios básicos do Seguro Social de Doença, conquanto existam mecanismos que atenuem a participação direta nos gastos pelos usuários das camadas de renda mais baixa. Provoca impacto negativo sobre o princípio da solidariedade sob a alegação de fortalecer a subsidiariedade. Para o aumento da participação dos pacientes nos custos da doença, evoca-se a necessidade de fortalecimento da auto-responsabilidade de cada indivíduo, reativando a concepção de subsidiariedade prevalecente quando da instituição do seguro-doença ao final do século passado.

Na Alemanha, o chamamento da política neoconservadora ao aumento da responsabilidade individual, que implicaria a utilização mais racional dos serviços/benefícios sociais, é eufemismo que encobre o aumento da participação financeira direta dos usuários.[365]

A subsidiariedade constitui também apelo à defesa de maior autonomia das Caixas. Esta tem diferentes conteúdos. Para as Caixas, envolve a possibilidade de maior influência no próprio sistema de atenção à saúde, com controle sobre os prestadores, e de maior liberdade para o estabelecimento de contratos mais favoráveis com os próprios, em especial, na atenção ambulatorial monopolizada pelas associações de médicos credenciados. Para a coalizão liberal-conservadora, a defesa de maior autonomia das Caixas significa desregulação com a introdução de mecanismos de mercado.

Evoca-se a subsidiariedade para exigir maior responsabilidade das Caixas nos aspectos financeiros, isto é, sua adesão à premissa da estabilização das taxas de contribuição a qualquer preço. A assunção, pela coalizão conservadora-liberal, da

---

[364] Conforme já analisado, a subsidiariedade dá margem a ampla variação no nível de garantia da proteção. Pode ser aventada para a defesa de maiores valores de co-pagamento ou para restrições no catálogo de benefícios, transferindo estas responsabilidades aos indivíduos.

[365] A assistência social é a área de política social na qual a intensificação da seletividade da proteção mais se faz sentir. Isso pelo próprio caráter deste ramo da proteção social, externo e separado do sistema de seguros sociais, cujo princípio regente é a subsidiariedade da ajuda estatal.

reivindicação das Caixas por maior autonomia sob o mote, precedência para a administração autônoma (*Vorfahrt für die Selbstverwaltung*), ao mesmo tempo em que significou a abolição de algumas regras unificadas de controle sobre os prestadores e a introdução de mecanismos para a competição entre as Caixas, foi acompanhada por fortes restrições da autonomia das Caixas quanto à definição das taxas de contribuição.

Talvez o maior problema das medidas restritivas esteja no estímulo que podem significar para a produção de mentalidade não solidária e de reforço à equivalência, ao reduzirem a segurança quanto à garantia da proteção futura. Isto viria somar-se a certa concepção tida como difundida entre os mais jovens acerca de estarem menos dispostos a pagar por benefícios dos mais idosos, a quebra do 'contrato intergeracional'. Este raciocínio não solidário, contudo, não confere com as representações mais difundidas sobre a solidariedade no Seguro Social de Doença. Os segurados reconhecem e avaliam como positiva a redistribuição que ocorre ao interior do sistema de proteção à saúde. Ao considerarem a redistribuição como primariamente intertemporal (da juventude para a velhice), mais do que interpessoal, e a indesejabilidade da mudança de posição (ninguém deseja ficar doente para utilizar mais serviços), faz com que a posição de contribuinte para o fundo solidário, que mais paga do que recebe, seja avaliada, pela maioria dos segurados, como positiva em contraposição a uma situação de necessidade de maior utilização e, por conseguinte, de beneficiado com a redistribuição (Ulrich, Wemken & Walter, 1994).

Com a terceira etapa da reforma, a subsidiariedade foi reforçada por meio da coação à 'ampliação da responsabilidade individual'. Pelas leis de Reordenação da Saúde – NOG, foi imposto às Caixas o deslocamento de gastos para os segurados (majoração compulsória dos valores de co-pagamento no caso de aumento das taxas de contribuição). Indícios de retorno da equivalência também puderam ser observados, uma vez que seria possível ocorrer um reordenamento dos segurados em Caixas com catálogos parcialmente diferenciados não apenas por profissão, mas por nível de renda, conforme discutido acima.

Desse modo, enquanto a subsidiariedade e a equivalência prevaleceram na origem do seguro social alemão e, historicamente, com os processos de inclusão e expansão do Seguro Social de Doença, o princípio da solidariedade suplantou o princípio de equivalência e o princípio liberal-cristão de subsidiariedade, no processo recente de contenção, estes princípios voltaram a ser reforçados. A discussão quanto à subsidiariedade retomou o destaque e sua vigência foi reatualizada, em particular, por meio de ampliação da participação direta dos usuários nos custos da atenção via co-pagamento.

As reformas dos anos de 1990 abriram a possibilidade de modificações mais profundas no sistema, em especial, a Lei da Estrutura da Saúde (GSG), ao implementar a competição entre as Caixas, abolindo a adscrição de clientelas, e as

Leis de Reordenação (NOG), ao acentuarem as restrições, expressando tendência à erosão da solidariedade. De forma simultânea, as diversas compensações para evitar competição predatória e limitar o comprometimento da renda individual com despesas de saúde e a seleção de riscos deixam ver a permanência e estabilidade do sistema.

Ainda que medidas restritivas possam afetar de modo negativo o princípio da solidariedade, o sucesso das políticas de contenção não implicaria na desestruturação do modelo de seguro. O modelo de seguro social poderia permanecer estável, uma vez que a segmentação e a reprodução de desigualdades lhe são intrínsecas. Os princípios que regem o seguro social também contribuem para a estabilidade demonstrada pelo sistema. Sua base, sustentada em princípios contraditórios, fornece-lhe flexibilidade para admitir distintos graus de desigualdade.

O Seguro Social de Doença tem mantido alta aceitabilidade por parte da população. Os segurados, com base em suas experiências, consideram o GKV como arranjo institucional que lhes garante o acesso à adequada e competente atenção médica a qualquer momento e no futuro (Hinrichs, 1994). Esta aceitabilidade decorre não somente do nível de garantia de proteção proporcionado, como também de características intrínsecas a este tipo de seguro. No Seguro Social de Doença não há o perigo de outrem estar usufruindo do benefício que o próprio preferiria. Os segurados não têm interesse em usufruir dos benefícios, pois este decorre de piora do estado de saúde, situação não desejada. Nesse sentido, ao contrário dos outros ramos do seguro, a situação de contribuinte não beneficiário no GKV é pretendida. Ao mesmo tempo, a expectativa da utilização futura torna desejável a redistribuição que ocorre ao interior do sistema. 'A norma da reciprocidade geral serve para reconciliar o auto-interesse e a solidariedade' (Putnam apud Hinrichs, 1994).[366]

Na realidade, embora tenham ocorrido restrições, a proteção social ao risco de adoecer na Alemanha permanece ampla e invejável, garantindo atenção à saúde a 90% da população em todos os níveis de complexidade. O Seguro Social de Doença alemão é, portanto, um bom exemplo de como a proteção social no caso da saúde não foi desmantelada, mesmo que reformas conservadoras tenham sido implementadas.

Perspectivas de reforço à solidariedade na Alemanha ressurgiram com a nova coalizão governamental social-democratas/verdes. Restrições introduzidas na terceira etapa foram abolidas e a concepção de 'competição solidária' foi assumida. O tenso equilíbrio entre os princípios do seguro social, campo constante de disputa, alcançou novo ponto de sustentação, no qual a solidariedade é revitalizada.

Talvez em nenhum outro campo social fique tão evidente o valor ético da solidariedade e tão imprescindível seu exercício. O maior desafio atual no campo da saúde, não apenas para a Alemanha, é deslocar os objetivos das políticas de

[366] Este talvez seja contraponto ao efeitos de erosão da base de apoio para a solidariedade decorrente do maior individualismo da sociedade contemporânea.

saúde desde a eficiência para a eqüidade e os do sistema de atenção desde a doença para a saúde. Seu sucesso requer que se possibilite a assunção coletiva de comportamentos mais saudáveis por meio da criação de condições econômico-sociais adequadas, engendradas na revitalização da solidariedade como valor ético e moral, nobre produto do processo civilizatório que foi materializado nas instituições de bem-estar.

Referências Bibliográficas

AARON, H. Thinking about health care finance: some propositions. In: OECD. (Org.) *Health Care Reform. The Will to Change.* Paris: OECD, 1996.

ABEL-SMITH, B. The escalation of health care costs: how did we get there? In: OECD. (Org.) *Health Care Reform. The Will to Change.* Paris: OECD, 1996.

ALBER, J. *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa.* Frankfurt am Main: Campus Verlag, 1982.

ALBER, J. Der Wohlfahrtsstaat in der Wirtschaftskrise. Eine Bilanz der Sozialpolitik in der Bundesrepublik seit den frühen 70er Jahren. *PVS - Politische Vierteljahresschrift,* 27(1):28-60, 1986.

ALBER, J. *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland.* Frankfurt am Main: Campus Verlag, 1992.

ALMEIDA, C. M. *As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?*, 1995. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ALMEIDA, C. M. Novos modelos de atenção à saúde. Bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M. (Orgs.) *Política de Saúde e Inovação Institucional.* Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

ALMEIDA, C. M. Crise econômica, crise do welfare state e reforma sanitária. In: GERSCHMAN, S. & VIANNA, M. L. W. (Orgs.) *A Miragem da Pós-Modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. *IPEA. Textos para Discussão*, 599, 1998.

ALVATER, E. Operationsfeld Weltmarkt oder: vom souverän Nationalsstaat zum nationalen Wettbewerbsstaat. *PROKLA 97. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft,* 24(4):517-47, 1994a.

ALVATER, E. Beschäftigungspolitik jenseits von Nationalstaat und "Arbeitszentrierheit". *WSI Mitteilungen,* 6:346-57, 1994b.

AM ORDE, B. Die sogenannte "Dritte Stufe der Gesundheitsreform". *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales,* 45(2):46-51, 1996.

AM ORDE, B. Die GKV - Neuordnungsgesetze – eine neue Ära mit vielen Verlieren und wenigen Gewinnern beginnt. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales,* 47(7):241-49, 1997a.

AM ORDE, B. Entrevista realizada em maio de 1997 em Düsseldorf na sede da Central Sindical - DGB, com a responsável da DGB pela área de política social, 1997b.

AM ORDE, B. Politikwechsel im Gesundheitswesen. Übersicht und Bewertung. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales,* 48(1):1-6, 1999.

AOK -BUNDESVERBAND. *Bilanz* 1995. Bonn: Allgemeine Ortskrankenkasse - AOK Bundesverband, 1996.

AG-KK - ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN. *Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung.* Bonn: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 1994.

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN-AG-KK *Gemeinsame Stellungnahme zum BT Drucksache 13/3608, 13/3607, 13/3061, 13/3062.* Bonn: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 1996.

ARNOLD, M. *Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende.* Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1993.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review,* 53(5):937-41, 1963.

ARROZ, H. Thinking about health care finance: some propositions. In: OECD, (Org.) *Health Care Reform. The Will to Change.* Paris: OECD, 1996.

ÄRZTE ZEITUNG - Ä.Z., jornal diário da Associação de Médicos das Caixas, datas diversas.

BACKER, G., BISPING, R., HOFEMANN, K. & NAEGELE, G. *Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland.* v.2, Köln: Bund Verlag, 1989.

BADURA, B. & FEUERSTEIN, G. *Systemgestaltung im Gesundheitswesen.* Weinheim e München: Juventa Verlag, 1994.

BÄK & KBV - BUNDESÄRZTEKAMMER & KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG. *Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung als Spitzenorganisationen der verfaßten Ärzteschaft zum Gesetzentwurf eines Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 und Gesetzentwurf eines GKV-Weiterentwicklungsgesetzes.* Köln: BÄK & KBV, 09.02.1996.

BALAST, T. Mengenbegrenzung im EBM: Praxisbudgets. *Die Ersatzkasse,* 12:440-6, 1996.

BAUMANN, W. Entrevista realizada pela autora com Walter Baumann, diretor regional de uma Caixa de Seguro Social de Doença – *Ersatzkasse Für Angestellten - Techniker Krankenversicherung* – em maio de 1997 em Frankfurt am Main.

BAUMGARTNER, A. Solidarität und Ehrenamtlichkeit, Subsidiarität und Selbsthilfe. Veraltete Prinzipien der Sozialpolitik? In: TEXTOR, M. R. (Org.) *Sozialpolitik.* Westdeutsche Verlag, 1997.

BDA- BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBERVERBÄNDE *Sozialstaat vor dem Umbau: Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit sichern.* Köln: BDA, 1994.

BDA-BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBER. *Stellungnahme zum Gesetzentwurf von CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1.GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG).* Köln: BDA, 30.10.1996.

BECKER, D. Richtgrößen statt Budget - Aufbruch ins Uferlose? *Sozialer Fortschritt,* 47(4):90-1, 1998.

BEHAGEL, K. *Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung: ein Verbandsystem unter Streß.* Frankfurt am Main/ New York: Campus Verlag, 1994.

BEHRENS, J. et al. *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1996.

BERGER, J. Market and State in Advanced Capitalist Societies. In: MARTINELLI, A., & SMELSER, N. J. (Orgs.) *Economy and Society. Overviews in Economic Sociology.* London: Sage, 1990.

BERLINGUER G. Uma reforma para a saúde. Por um serviço sanitário nacional. In: BERLINGUER, G., FLEURY, S. & CAMPOS, G. W. de S., (Orgs.) *Reforma Sanitária. Brasil e Itália.* São Paulo: Hucitec/Cebes, 1988.

BERQUÓ, E. S. Fatores estáticos e dinâmicos (mortalidade e fecundidade). In: SANTOS, J. L. F., LEVY, M. S. F., & SZMRECSÁNYI, T. (Orgs.) *Dinâmica da População. Teoria, métodos e técnicas de análise.* São Paulo: TAQ, 1980.

BESKE, F., BRECHT, J.G. & REINKEMEIER, A. - M. *Das Gesundheitswesen in Deutschland.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1993.

BIEBACK, K.-J. Allgemeine sozial - und verfassungsrechtliche Aspekte des GSG. *Zeitschrift für Sozialreform,* 38(4):197-218, 1993.

BIEDENKOPF, K. Verstaatlichung der Nächstenliebe. *Die Zeit,* 04.06.1993.

BIELING H.-J. Wohlfahrtsstaat und europäische Integration. In:. BRUCH, M. & KREBS, P. H. (Orgs.) *Unternehmen Globus.* Münster: Westfälisches Dampfboot, 1996.

BKK Beitragssätze zum 1. Januar 1997. *Die BKK. Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung,* 1/97:2, 1997.

BLANKE, B. & KANIA, H. Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen. *Leviathan Zeitschrift für Sozialwissenschaft,* 4:513-38, 1996.

BLANKE, B. Gesundheit im Sozialstaat. Eine provokative Bemerkung zur Öffnung der Diskussion. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales,* 45(2):52-7, 1996.

BLÜM, N. Solidarische Erneuerung - Zur Kritik am Reformkonzept. *Bundesarbeitsblatt,* 2:5, 1988.

BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG. *Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1989 - Statistischer und finanzieller Bericht.* Bonn: BMAS, 1990.

BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG. *Übersicht über das Sozialrecht,* pp. 113-211, Bonn: BMAS, 1994.

BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG. *Programm für mehr Wachstum und Beschäftigung: Maßnahmen in sozialpolitischen Bereich.* Bonn: BMAS, 1996a.

BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG. Euro Atlas. *Soziale Sicherheit im Vergleich.* Bonn: BMAS, 1996b.

BMAS-BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG. *Bundesarbeitsblatt.* Bonn: BMAS, 1996c.

BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1993.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1993a.

BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Auftrag zum Sondergutachten: GKV im Jahr 2000 - Solidarität und Eigenverantwortung bei sich ändernden gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen. In: *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit - 1995* (SVR-Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen), Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1993b.

BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1995.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1995a.

BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1994 - Statistischer und finanzieller Bericht.* Bonn: BMG, 1995b.

BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Statistisches Taschenbuch Gesundheit 1996.* Bonn: BMG, 1996.

BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1997.* Band 91 Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1997.

BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Pressemitteilung 98 n.* 24 http:/www.bmgesundheit.de, 1998a.

BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Pressemitteilung 98 n.* 13 (13.02.1998) http:/www.bmgesundheit.de, 1998b.

BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Pressemitteilung 98 n.* 14 (16.02.1998) http:/www.bmgesundheit.de, 1998c.

BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, *Pressemitteilung,* comunicados à imprensa do Ministério da Saúde divulgados em http:/www.bmgesundheit.de 1998 e 1999.

BMG - BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. http:/www.bmgesundheit.de, 1999.

BOBBIO, N., MATTEUCCI, N. & PASQUINO, G. *Dicionário de Política.* Brasília: Ed. Universidade de Brasília/UNB, 1986.

BOGS, H. Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung. In: *Soziale Selbstverwaltung: Ausgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung* (H. Bogs & C. von Ferber, org.), Bonn: Verlag der Ortskrakenkassen, 1976.

BORCHERT, J. *Die konservative Transformation des Wohlfahrtsstaates. Großbritannien, Kanada, die USA und Deutschland im Vergleich.* Franfurt am Main/New York: Campus Verlag, 1995.

BRAGA, J. C. de S. Alemanha: império, barbárie e capitalismo avançado. In: FIORI, J. L. (Org.) *Estados e Moedas no Discurso das Nações.* Petrópolis: Vozes, 1999.

BRAUN, B. Selbstverwaltung oder doch etwas anderes? Empirische Feststellungen zur Zukunft eines alten Steuerungsprinzips. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales,* 38(6):166-9, 1989.

BRAUN, B. Soziale Mitbestimmung durch Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Theorie, Praxis und Alternativen. In: MÜLLER, R. & SCHUNTERMANN, M. F. (Org.) *Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag: zum Gedenken an Alfred Schmidt,* Köln: Bund-Verlag, 1992.

BRAUN, B. Health Reform in Germany: the discovery of maneged and solidaristic competition. In: ILIFFE, S. & DEPPE, H.U. (Eds.) *Health Care in Europe: competition or solidarity?,* Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften, 1995.

BRAUN, B. Realität und Mythen in der Debatte um Reformzwänge und wettbewerbliche sowie marktorientierte Reformstrategien im deutschen Gesundheitswesen. In: BEHRENS, J. et al. (Orgs.) *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland.* Baden-Baden: Nomos Verlag, 1996.

BRAUN, B., HELMERT, U. & MÜLLER, H. Finanzielle und soziale Auswirkungen der Krankengeld-Kürzung. *Die Ersatzkasse,* 3/97:85-9, 1997.

BRENNER, G. *Die Reform des EBMs für ärztliche Leistungen in der BDR in den Jahren 1985 bis 1988.* Wissenschaftliche Reihe - Band 45. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1990.

BUNDESARBEITSBLATT Krankenversicherungsschutz besonderer Personengruppen. *Bundesarbeitsblatt,* 12:172, 1996.

BUNDESARBEITSBLATT. Revista mensal publicada pelo BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, datas diversas.

BUNDESÄRZTEKAMMER & KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG Mitteilung: Bewertungsausschuß beschließt Praxisbudgets zum 1.Juli 1997. *Deutsches Ärzteblatt*, 94(50):B-2618-23, 1996.

BUNDESÄRZTEKAMMER & KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG Mitteilung: Die Einführung von Praxisbudgets zum 1.Juli 1997. *Deutsches Ärzteblatt*, 94(13):B-691-703, (28.03.1997), 1997.

BUNDESRAT Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz). *Drucksache*, 464/96, (28.06.1996), 1996.

BUNDESREGIERUNG. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (2.GKV-Neuordnungsgesetz - 2. GKV-NOG). *Bundesrat Drucksache* 822/96, 08.11.1996.

BUNDESTAG. Erstes Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (1.GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG). *Bundesgesetzblatt*, 42/G5702:1518, 1997a.

BUNDESTAG. Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (2.GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG). *Bundesgesetzblatt*, 42/G5702:1518-9, 1997b.

BUNDESTAG. *GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000. Bundestag-Drucksache* 14/2369 (15.12.1999) , 1999.

BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN. Antrag. Umbau und Weiterentwicklung der Gesundheitsstruktur. *Deutscher Bundestag 13. Wahlperiode. Drucksache*, 13/3612:1-14, (30.01.1996), 1996.

BURGER, S. & KASPER, J. Versorgungsmanagement - neue Herausforderung für die Kostenträger. *Sozialer Fortschritt*, 47(1):9-14, 1998.

BURKITT, B. & WHYMAN, P. Public Sector Reform in Sweden: Competition or Participation? *The Political Quarterly Publishing* Co. Ltd., 1994:275-281, 1994.

BUSSE, R. & SCHWARTZ, F. W. Herausforderung an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. *Arbeit und Sozialpolitik*, 51(11-12):51-7, 1997.

CASASNOVAS, G. L. La reforma dos sistemas nacionales de salud. In: *Reforma Sanitaria y Incentivos*. Barcelona: IX Jornadas de Economia de la Salud. Associación de Economia de la Salud, 1989.

CDU/CSU/FDP. *Krankenhäuser: Eckpunkte Papier der Regierungskoalition. DOK. Politik Praxis Recht* (AOK - Bundesverband), 77(23/24):778-780, 1995a.

CDU/CSU/FDP. Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996. *Deutscher Bundestag 13. Wahlperiode. Drucksache* 13/3061 1995b.

CDU/CSU/FDP. Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 - Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG). *Deutscher Bundestag 13. Wahlperiode. Drucksache*13/3062, 1995c.

CDU/CSU/FDP. Eckpunkte Papier zur Reform des ambulanten Leistungsbereich. *DOK. Politik Praxis Recht* (AOK - Bundesverband), 78(*3*):68-70, 1996a.

CDU/CSU/FDP. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Weiterentwicklungsgesetz). *Deutscher Bundestag 13. Wahlperiode. Drucksache* 13/3608:1-31, 1996b.

CDU/CSU/FDP. Eckpunkte zur Fortführung der Dritten Stufe der Gesundheitsreform. *Gesundheits- und Sozialpolitik. DOK. Politik Praxis Recht* (AOK-Bundesverband), 78(21):653-5, 1996b1.

CDU/CSU/FDP. Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (1.GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG). *Deutscher Bundestag 13. Wahlperiode. Drucksache* 13 /5724, 1996b2.

CHOR, D. et al. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) *Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

DEPPE, H.U. Selbsthilfe zwischen Subsidiarität und Klassensolidarität. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie.* 10(3-4):82-95, 1985.

DEPPE, H.U. *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar.* Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp, 1987.

DEPPE, H.U. Características do sistema de saúde alemão. *Saúde em Debate,* 34:51-9, 1992.

DEPPE, H.U. Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ökonomische Grenzen und ethische Fragen in der Arzt-Patient Beziehung. *Sozialismus,* 4:5-10, 1996a.

DEPPE, H.U. Wettbewerb im Gesundheitswesen. *Die Krankenversicherung,* 48(4):100-5, 1996b.

DEPPE, H.-U. Wenn der Patient zum Kunden wird. Wettbewerb und Markt in der Krankenversorgung. *Forum Wissenschaft,* 1/98:10-4, 1998a.

DEPPE, H.-U. Wettbewerb heißt Selektion. Dokumentation. *Frankfurter Rundschau,* 16.03.1998, 1998b.

DEPPE, H.-U. *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystem: Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland.* Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften, 2000.

DEPPE, H.-U., FRIEDERICH, H. & MÜLLER, R. *Qualität und Qualification im Gesundheitswesen.* Frankfurt am Main: Campus Verlag, 1995.

DER SPIEGEL, revista semanal, grande imprensa, datas diversas.

DEUTSCHER BUNDESTAG *Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages.* Bonn: Dt. Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit. Band 1, 1990a.

DEUTSCHER BUNDESTAG, *Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutsches Bundestages.* Bonn: Dt. Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit. Band 2, 1990b.

DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND. *Stellungnahme des DGB zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP - Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Weiterentwicklungsgesetz). BT. Drucksache 13/3608; Gesetzentwurf der Fraktion SPD - Entwurf eines zweitens Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG II). BT. Drucksache 13/3607; Antrag der Abgeordneten Monika Knoche und anderer und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Umbau und Weiterentwicklung der Gesundheitsstruktur. BT. Drucksache 13/3612.* Düsseldorf: DGB Bundesvorstand, Abt. Sozialpolitik, 01.03.1996a.

DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND. Die "Eckpunkte zur Fortführung der 3. Stufe der Gesundheitsreform" von CDU/CSU/FDP: Darstellung und Bewertung. *DGB - ISA Informationen zur Sozial- und Arbeitsmarktpolitik,* 5/1996. Düsseldorf: DGB, 15.10.1996b.

DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND. *Stellungnahme zum Gesetzentwurf von CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eingenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1.GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG).* Düsseldorf: DGB Bundesvorstand, Abt. Sozialpolitik, 10.1996c.

DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND. Entwicklung der Zahl der Krankenscheine bei niedergelassenen Ärzten. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales,* 45(11):429-30, 1996d.

DGB-DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND. Sind Löhne und Steuern zu Hoch? Bemerkung zur Standortdiskussion in Deutschland (Zu einem Gutachten des Ifo-Institutes). *Informationen zur Wirtschafts- und Strukturpolitik. DGB-Bundesvorstand.* 6/1996, 02.09.1996e.

DIE BKK. Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung, revista mensal das Caixas de Empresas. A revista aparece citada apenas quando a informação referida não faz parte de artigo assinado.

DIE ZEIT, jornal semanal, grande imprensa, datas diversas.

DINKEL, H. & GÖRTLER, E. Die Sterblichkeit nach Krankenkassenzugehörigkeit. Eine empirische Untersuchung mit repräsentativ bundesdeutschen Daten von 1974-1990. *Versicherungsmedizin,* 46:17-20, 1994.

DKG - DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT. DKG-Stellungnahme: GKV-Weiterentwicklungsgesetz; Zweites Gesundheitsstrukturgesetz. *Das Krankenhaus,* 5:202-13, 1996a.

DKG-DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT. Kritik an isolierten Kostendämpfungsmaßnahmen im Krankenhaus: Drei-Punkte-Konzept der DKG zur Beitragssatzstabilität im Krankenhaussektor. *Das Krankenhaus,* 2:45-6, 1996b.

DÖHLER, M. & MANOW-BORGWARDT, P. Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. Staatswissenschaften und Staatspraxis, 3(1)64-106, 1992.

DÖHLER, M. & MANOW, P. Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor. In: MAYNTZ, R. & SCHARPF, F. W. (Orgs.) *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung,* pp. 141-168, Franfurt am Main: Campus, 1995a.

DÖHLER, M. & MANOW, P. *Formierung und Wandel eines Politikfeldes – Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer.* Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. Discussion Paper 95/6, 1995b.

DÖHLER, M. *Gesundheitspolitik nach der Wende. Policy Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Grossbritanien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland.* Berlin: Edition Sigma, 1990.

DÖHLER, M. Gesundheitsreform als Ausstieg aus der klassischen Sozialversicherung. In: REDMÜLLER, B. & OLK, T. (Orgs.) *Grenzen des Sozialversicherungsstaates Leviathan Zeitschrift für Sozialwissenschaft, Sonderheft,* 14:146-63, 1994.

DONALDSON, C. & GERARD, K. *Economics of Health Care Financing: the visible hand.* Aberdeen: MacMillan, 1992.

DRAIBE, S. & HENRIQUE, W. "Welfare state", crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. *Revista Brasileira Ciências Sociais,* 3(6): 53-78, 1988.

DUDEY, S. & RESCHKE, P. Funktionsweise und Wirkungen des Risikostrukturausgleiches -RSA. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales,* 46(3):81-7, 1997.

EBERLE, G. Die Entwicklung der GKV zum heutigen Stand. *Sozialer Fortschritt,* 47(3):53-8, 1998.

EISEN, R. Zur Entwicklung des Gesundheitswesens in den neue Bundesländer, unter besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses von GKV, PKV und öffentlichen Gesundheitsdiensten. In: KLEINHENZ, G. (Org.) *Sozialpolitik im vereinten Deutschland.* Berlin: Duncker und Humblot, 1992..

ENGELEN-KEFER, U. Die "Dritte Stufe der Gesundheitsreform". *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales,* 44 (2):281-285, 1995.

ENGELHARDT, W. W. Soziale Sicherung und Subsidiarität. *Zeitschrift für Sozialreform,* 40(11):739-45, 1994.

ESPING-ANDERSEN, G. Power and distribucional regimes. *Politics and Society.* 14(2):223-256, 1985.

ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism.* Cambridge: Polity Press, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova,* 24:85-116, 1991.

ESPING-ANDERSEN, G. After the golden age? Welfare State dilemmas in a global economy. In: ESPING-ANDERSEN, G. (Ed.) *Welfare States in transition – National adaptations in global economies.* Sage: Unrisd, 1996.

ESSER, J. *Seminar: Die "Theoretische" Auflösung des Staates in der Politikwissenschaft.* (Ementa de disciplina) Faculdade de Ciências Sociais. Universidade de Frankfurt, 1997. (Mimeo.)

EVANS, R. G. Marketing markets, regulating regulators: Who gains? Who loses? What hopes? What Scope? In: OECD (Org.) *Health Care Reform. The Will to Change.* Paris: OECD, 1996.

FAZ - FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, jornal diário, grande imprensa, datas diversas.

FERBER, C. von. Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Chance? In: HARALD, B. & FERBER, C. von (Orgs.) *Soziale Selbstverwaltung: Ausgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung* Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen, 1976.

FINANZEN, revista mensal grande imprensa, datas diversas.

FIORI, J. L. Existe um Estado pós-fordista? Reforma e funções do Estado brasileiro no novo paradigma. *Ensaios FEE*, 16(1):345-55, 1995a.

FIORI, J. L. *Em Busca do Dissenso Perdido: ensaios sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight Ed, 1995b.

FLEURY, S. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Ed. Cortez/ Abrasco, 1989.

FLEURY, S. *Estados sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.

FRANKE, R. Rechtsfragen der Planung, Finanzierung und Organization von Krankenhäusern. In: DEPPE, H.U., FRIEDERICH, H. & MÜLLER, R. (Orgs.) *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*, pp. 41-63 Franfurt am Main: Campus Verlag, 1989.

FR - FRANKFURTER RUNDSCHAU, jornal diário, grande imprensa, datas diversas.

FRANKS, P., CLANCY, C. M. & GOLD, M. R. Health Insurance and Mortality: evidence from a national cohort. *Journal American Medicine Association*, 270:737-741, 1993.

FRERICH, J. *Sozialpolitik: das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, Darstellung, Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung*. München: Oldenbourg Verlag, 1996.

FRIES, J. F. The compression of morbidity: miscellaneous comments about a theme. *The Gerontologist*, 24(4):354-59, 1984.

GEIßLER, U. Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen* (Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, org.), pp.37-57, 1980.

GERDTHAM, U.-G. The impact of aging on health care expenditure in Sweden. *Health Policy*, 24:1-8, 1993.

GERLINGER, T.; GIOVANELLA, L. & MICHELSEN, K. Von der Kostendämpfung zum Systemwechsel. Zur dritten Stufe der Gesundheitsreform. *Z. Zeitschrift für Marxistiche Erneuerung*, 29:118-130, 1997.

GERLINGER, T. & STEGMÜLLER, K. "Nachfrageprivatisierung" und "Anbieterkonkurrenz": zu Positionen für eine zukünftige Wettbewerbsordnung in der GKV. *Arbeitspapiere aus der Abteilung für medizinische Soziologie*. n. 14. Frankfurt am Main: J. W. Goethe Universität, 1995a.

GERLINGER, T. & STEGMÜLLER K. Ideenwettbewerb um Wettbewerbsideen. Die Diskussion um die dritte Stufe der Gesundheitsreform. In: *Der Schlanke Staat. Zukunft des Sozialstaates – Sozialstaat der Zukunft* (Horst Schmitthener, org.), pp.152-79, Hamburg: VSA Verlag, 1995b.

GERLINGER, T. & SCHÖNWÄLDER, T. Die dritte Stufe der Gesundheitsreform - das GKV - Weiterentwicklungsgesetz. *Soziale Sicherheit*, 45(4):125-130, 1996.

GERLINGER, T. *Zur Einkommensentwicklung bei niedergelassenen Ärzten*. Frankfurt am Main: VAS, 1994.

GERLINGER, T. Zwischen Verweigerung und Pragmatismus - Honorarpolitik im innerärztlichen Interessenkonflikt. In: *Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen* (Hans-Ulrich Deppe, org.), pp. 36-54 Franfurt am Main: Campus, 1995b.

GERLINGER, T. *Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 1997.

GERSCHMAN, S. & WERNECK VIANNA, M. L. *A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

GIOVANELLA, L. *Entre a solidariedade e a subsidiariedade. Políticas de contenção no Seguro Social de Doença Alemão: a terceira etapa da reforma da saúde*, 1998. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

GIOVANELLA, L. Entre o mérito e a necessidade: análise dos princípios constitutivos do Seguro Social de Doença Alemão. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(1):133-146, 1999.

GOUGH, I. *The Political Economy of the Welfare State*. Londres: Mac-millan, 1979.

GUIA, R. G. P. Controlando a utilização indiscriminada de tecnologias médicas e a escalada dos custos dos sistemas de saúde: a estratégia alemã. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2):159-170, 1996.

HEIN, B. Fragen zur Gesundheit - Ergebnis des Mikrozensus 1995. *Wirtschaft und Statistik*, 10:624-32, 1996.

HINRICHS, K. Restrukturierung der Sozialpolitik. Das Beispiel der Gesundheitspolitik. In: *Grenzen des Sozialversicherungsstaates* (Barbara Redmüller & Thomas Olk orgs.), *Leviathan Zeitschrift für Sozialwissenschaft, Sonderheft,* 14:119-45, 1994.

HOFEMANN, K. & REIDEGELD, E. Ambulante medizinische Versorgung an den Grenzen von Finanzierbarkeit, Effizienz und Effektivität. *WSI Mitteilung,* 11:86, 1986.

HOUSE, J. S. et al. Age, socioeconomic status and health. *The Milbank Quarterly.* 68(3):383-413, 1990.

HÜLEN, B. & SCHNELLE, P. Das Beitragsentlastungsgesetz: Auswirkungen in Leistungsrecht. *Die Betriebskrankenkasse,* 11:522-5, 1996.

HUNGELING, G. Die Jungen sind die dummen. Neuregelung der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 20, pp.63-79, 1993.

IANNI, O. *Teoria da Globalização.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. (Orgs.) *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde.* Brasília: IPEA, 1994.

JACOBS, K. & RESCHKE, P. Angleichung der GKV-Ausgaben fast erfolgt: für einen ungeteilten Risikostrukturausgleich ab 1996. *Sozialer Fortschritt,* 43(10):248-53, 1994.

JÄKEL, H. K. Die Beitragskalkulation der privaten Krankenversicherung. *Arbeit und Sozialpolitik,* 50(7-8):57-9, 1996.

JELASTOPULU, E. & ARNOLD, M. Stationäre Versorgung im internationalen Vergleich. In: ARNOLD, M. & PAFFRATH, D. (Orgs.) *Krankenhaus Report 1994.* Stuttgart: G. Fischer, 1994.

JELASTOPULU, E. & KAISER, R. Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsvergleich der Krankenhausversorgung. In: ARNOLD, M. & PAFFRATH, D. (Orgs.) *Krankenhaus Report 1996,* pp. 203-220, Stuttgart: G. Fischer, 1996.

KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. *Einheitlicher Bewertungsmaßstab* (EBM), pp. 737-745, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1994.

KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG & SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN. Gemeinsame Presseerklärung zum 1.GKV-Neuordnungsgesetz - 1. NOG. *Allgemeine Ortskrankenkasse - AOK Bundesverband, Presseschau.* n. 207.96, 04.11.1996.

KBV-KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.* Koln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1996.

KING, D. O estado e as estruturas de bem-estar em democracias industriais avançadas. *Novos Estudos CEBRAP*, 22:53-76, 1988.

KLAUBER, J., SCHRÖDER, H. & SELKE, G. W. Der Arzneimittelmarkt 1995. In: SCHWABE, U. & PAFFRATH, D. (Orgs.) *Arzneiverordnungs - Report'96*, (WIdO Band 12), Stuttgart: Gustav Fischer, 1996.

KLOSE, J. Zur Entwicklung der Arzthonorare 1980-1990. *DOK. Politik Praxis Recht* (AOK-Bundesverband), 75(3):107-10, 1993.

KNIEPS, F. Die Domestizierung von Managed Care – Chancen und Perspektiven neuer Formen des Gesundheitsmanagements. In: ARNOLD, M. & PAFFRATH, D. (Orgs.) *Krankenhaus Report 1996*. Stuttgart: G. Fisher, 1996.

KNIEPS, F. Die Gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld von Gesundheitspolitik und Wettbewerb – Koordinierung und Konkurrenz im deutschen Gesundheitswesen. *Arbeit und Sozialpolitik*, 51(11-12):58-63, 1997.

KOCH, C. Sozialstaat und Wohlfahrtsstaat. *Leviathan Zeitschrift für Sozialwissenschaft, Sonderheft*, 23:79-86, 1995.

KOLB, T. Entrevista realizada com Thomas Kolb, gerente da Sociedade Hospitalar do Estado de Hessen - *Hessische Krankenhausgesellschaften*, em maio de 1997, em Frankfurt am Main.

KOLBERG, J. E. & ESPING-ANDERSEN. Welfare states and employment regimes. *International Journal of Sociology*, 20(3):3-36, 1990.

KOLBERG, J. E. *The welfare state as employer*, (Comparative public policy analisis series). New York/Londres: M. E. Sharpe Inc, 1991.

KÜHN, H. & BECKMANN, J. *Kursbuch Krankenversicherung*. Göttingen: Lamuv Verlag, 1993.

KÜHN, H. Wettbewerb im Gesundheitswesen. Neuen These zu den Folgen für die medizinische Versorgung. *Dr. Med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen*, 20(94):38-41, 1995a.

KÜHN, H. Zwanzig Jahre "Kostenexplosion": Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 24:145-61, 1995b.

KÜHN, H. Gesundheitspolitik ohne Ziel: Zum sozialen Gehalt der Wettbewerskonzenpte in der Reformdebatte. In: DEPPE, H.-U. (Org.) *Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen*. Franfurt am Main: Campus, 1995c.

KÜHN, H. Kritische Anmerkung zur globalen Fixierung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: BEHRENS, J. et al. (Org.). *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*. Baden-Baden: Nomos Verlag, 1996.

LANGAN, M. Series Editor Preface. In: BURROWS, R. & LOADER, B. (Org.) *Towards a Post-Fordist Welfare State*, Londres/Nova Iorque: Routledge, 1993.

LAUER-KIRSCHBAUM, T. & RÜB, F.W. Politik mit dem Risiko: Der politische Risikoausgleich bei Krankheit. In: BLANKE, B. (Org.) *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheit zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*. Opladen: Leske + Budrich, 1994.

LAUER-KIRSCHBAUM, T. Kollektivverhandlungen und Selbstverwaltungskonsens: Interessenegoismus und Gemeinwohlorientierung in der Entwicklung und Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: BLANKE, B. (Org.) *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheit zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*. Opladen: Leske + Budrich, 1994.

LEHMBRUCH, G. Der Beitrag der Korporatismusforschung zur Entwicklung der Steuerungstheorie. *Politische Vierteljahresschrift*, 37(4):735-51, 1996.

LEICHTER, H. M. *A Comparative Approach to Policy Analysis: health care policy in four nations*. Cambridge: Cambridge University Press,1979.

LIGHT, W. D. Values and structure in the german health care systems. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 63(4):615-47, 1985.

LOBATO, L. de V. Reforma do Estado no setor saúde no Reino Unido e nos Estados Unidos. In: Reforma do Estado no setor saúde. *Cadernos ENAP*, 13:77-112, 1997.

LÜSCHEN, G. et al. Die schichtspezifische Gesundheitssituation in Ost - und Westdeutschland - ein Vergleich zweier Systeme auf dem Weg zur Integration. In: SCHÄFERS, B. (Org.)*Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im neuen Europa: Verhandlungen des 26. Deutschen Soziologentages in Düsseldorf 1992.*, pp. 527-545, Frankfurt am Main/ New York: Campus Verlag, 1993.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status.* Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1967.

MAYNTZ, R. & SCHARPF, F. W. Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus. In: MAYNTZ, R. & SCHARPF, F. W. (Orgs.) *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung,* Franfurt am Main: Campus, 1995.

MCKEE, M. et al. Explaining the health divide in Germany: contribution of major causes of death to the difference in life expectancy at birth between east and west. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft,* 4(3):214-24, 1996.

MCKEOWN, T. *The Role of Medicine: dreams, mirage or nemesis?* Londres: The Nuffiel Provincial Hospital Trust, 1976.

MDS-MEDIZINISCHE DIENST DER KRANKENKASSE. Presseerklärung des Medizinische Dienst der Krankenkasse vom 24.01.97. *Das Krankenhaus,* 2:53, 1997.

MÉDICI, A. C. *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização.* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994a.

MÉDICI, A. Seguridade Social no Brasil: bases operacionais para uma reforma. *RAP,* 28(2):114-36, 1994b.

METZINGER, B. & WOGGON, A. Praxisbudget als Ausweg dem EBM-Dilemma beschlossen! *KrV - Die Krankenversicherung,* 49(1):12-6, 1997.

MICHELSEN, K. Schweden: Wohlfahrtsstaat gerettet? *Zeitschrift für Marxistische Erneuerung Z,* 32:63-9, 1997.

MIELCK, A. *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland.* Opladen, 1994.

MORONE, J. A. Politik, Märkte und Gesundheitsreform: Amerikanische Gesundheitsvorsorge für Deutschland? In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland* (J. Behrens, B. Braun, J. Morone & D. Stone, org.), pp. 49-64, Baden-Baden: Nomos Verlag, 1996.

MÜLLER, J. Ausgestaltung und Reform des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung in den Niederlande. *KrV - Die Krankenversicherung,* 48(10):283-7, 1996.

MURRAY, C. J .L., YANG, G. & QIAO, X. Adult mortality: levels, patterns and causes. In: FEACHEM, R. G. et al. (Orgs.) *The health of adults in the developing world.* World Bank Book. Nova Iorque: Oxford University Press, 1992.

NARR, W.-D. & SCHUBERT, A. *Weltökonomie: Die Misere der Politik.* Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1994.

NAVARRO, V. Produção e Estado de bem-estar: o contexto político das reformas. *Lua Nova* 28/29:157-199, 1993.

NEUBAUER, G. Staatlicher Interventionismus versus wettbewerbliche Selbststeuerung. Ein neuer Ansatz zur Steuerung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland.* Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden, 1996.

NICZ, L. F. Managed Care. *Médicos,* 1(2):96-104, 1998.

NOHLEN, D. *Pipers Wörterbuch zur Politik - Politikwissenschaft.* v.1. München/ Zürich: Piper, 1989.

NOLAN, B. Affordability versus Quality, Effectiveness and Equity: Is There a Trade-off?. In: OECD (Org.) *Health Care Reform. The Will to Change.* Paris: OECD, 1996.

NULLMEIER, F. & VOBRUBA, G. Gerechtigkeit in sozialpolitischen Diskurs. In: DÖRING, D. et al., (Orgs.) *Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat.* Marburg: Schüren, 1995.

OECD. *OECD Health Systems. Facts and trends 1960-1991.* Paris: OECD, 1993a.

OECD. *OECD Health Systems. The Socio-economic Enviroment Statistical References.* Paris: OECD, 1993b.

OECD. *The Reform of Health Care Systems. A review of seventeen OECD Countries.* Paris: OECD, 1994.

OECD. *New Directions in Health Care Policy.* Paris: OECD, 1995a.

OECD. Policies to Improve the Performance of Health Care Systems. In: OECD (Org.) *New Directions in Health Care Policy.* Paris: OECD, 1995b.

OECD. *OECD Health Data 97. A Software for the Comparative Analisys of 29 Health Systems.* Paris: OECD, 1997. (Banco de dados)

OFFE, C. A democracia partidária competitiva e o welfare state keynesiano: fatores de estabilidade e desorganização. *Dados - Revista de Ciências Sociais,* 26(1):29-51, 1983.

OFFE, C. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OFFE, C. Akzeptanz und Legitimität strategischer Optionen in der Sozialpolitik. In: SACHSSE, Christoph & ENGELHARDT, H. T. (Orgs.) *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates.* Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1990.

OFFE, C. *Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "sociedade do trabalho".* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OFFE, C. Die Integration nachkommunisticher Gesellschaften: die ehemalige DDR im Vergleich zu ihren osteuropäischen Nachbarn. In: SCHÄFERS, B. (Org.) *Lebensverhältnisse und soziale Konflikte im neuen Europa: Verhandlungen des 26. Deutschen Soziologentages in Düsseldorf 1992.* Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag, 1993.

OFFE, C. Atribuição de status público aos grupos de interesse. In: *Capitalismo Desorganizado.* São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

OFFE, C. Was tun mit dem 'Überangebot' an Arbeitskraft? (Forum: Bekämpfung der Arbeitslosigkeit) *Gewerkschaftliche Monatshefte,* 4:239-243, 1997.

OLDIGES, F. J. Generationenvertrag noch Stabil? Renten und Krankenversicherung betroffen. *DOK. Politik Praxis Recht* (AOK-Bundesverband), 76(3):73-5, 1994.

OLIVEIRA, C. R. *O Labirinto Social ou Farewell Welfare. A constituição histórica do seguro social na Alemanha (1871-1932),* 1995. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

OLSCHANSKY, S. J., CARNES, B. A. & CASSEL, C.K. The aging of the human species. *Scientific American,* pp.46-52, 1993.

PEARCE, N. Classe social e câncer. In: BARATA, R. B. et al., (Org.) *Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia.* Rio de Janeiro: Ed Fiocruz/Abrasco, 1997.

PEREIRA, J. Justiça social no domínio da saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* 6(4):400-21, 1990.

PERSCHKE-HARTMANN, C. Geschichte des Auseinandersetzungsprozesses um das GRG. In: BIEBACK, K.-J. (Org.) *Das Gesundheitsreformgesetz - eine gescheiterte Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung.* Hamburger Arbeitskreis für Sozial- und Gesundheitspolitik. Schriftenreihe Forum Sozial und Gesundheitspolitik. Hamburg: Asgard-Verlag, 1992.

PFAFF, A. B., BUSCH, S. & RINDFÜSSER, C. *Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen und Reformgesetztgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten.* Franfurt am Main/New York: Campus Verlag, 1994.

PFAFF, A. B., BUSCH, S. Kostenerstattung, Beitragsrückerstattung, erhöhte Selbstbeteiligung: Wem nutzen und wen belasten kassenspezifische Wahltarife? *Arbeit und Sozialpolitik,* 51(11-12):19-24, 1997.

PIERSON, P. The new politics of the welfare state. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, *ZeS-Arbeitspapier,* 3/95, 1995.

PIOCH, R., & VOBRUBA, G. Gerechtigkeitsvorstellungen im Wohlfahrtsstaat: Sekundäranalyse empirischer Untersuchungen zur Akzeptanz wohlfahrtsstaatlicher Maßnahmen. In: DÖRING D., et al. (org.). *Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat,* pp. 114-166, Marburg: Schüren, 1995.

PIVEN, F. F. & CLOWARD, R. A. *Regulating the poor.* New York: Vintage, 1971.

PÖHLMANN, K. *Effektive Krankheitsbewältigung.* Regensburg: S. Roderer Verlag, 1992.

PORZSOLT F. Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitssystem aus der Sicht des Klinikarztes. *DOK. Politik Praxis Recht* (AOK-Bundesverband), 78(17):536-540, 1996.

POSSAS, C. *A Dimensão Saúde da Transição Demográfica: uma discussão conceitual.* México: Trabalho apresentado na Conferência sobre População, 1993.

POULLIER, J.P. El afan por la eficiencia, una perspectiva internacional. *ICE. Información Comercial Española /Revista de Economia - Reformas Sanitárias Actuales,* 681/82:7-26, 1990.

REINERS, H. *Ordnungspolitik im Gesundheitswesen - Ausgangspunkte und Konzepte.* WIdO-Materialien, Band 30. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, 1987.

REINERS, H. Gesundheit als Ware: Zur Theorie und Praxis marktradikaler Reformkonzepte im Gesundheitswesen. *Das Argument Sonderband AS 155. Jahrbuch für Kritische Medizin,* 13:62-81, 1988.

REINERS, H. Selbstverwaltung zwischen Ideologie und Praxis. *Jahrbuch für Kritische Medizin,* Das Argument-Sonderband, 186:35-45, 1989.

REINERS, H. Das Gesundheitsstrukturgesetz - Ein Hauch von Sozialgeschichte? *Jahrbuch für Kritische Medizin,* 21:21-53, 1993a.

REINERS, H. Die dritte Stufe der Gesundheitsreform: Wahlleistungen in der GKV. Ein sinnvolles Steuerungsinstrument? *Jahrbuch für Kritische Medizin,* 21:159-76, 1993b.

REINERS, H. Ökonomische Steuerung und gesellschaftliche Legitimation. Thesen zur politischen Ökonomie des Gesundheitswesens. In: BEHRENS, J. et al. (Orgs.) *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland.* Baden-Baden: Nomos Verlag, 1996.

REISTER, M. Krankenhausstatistik: Grund- und Kostendaten für die Jahre 1991 bis 1994. *Wirtschaft und Statistik,* 6:383-389, 1996a.

REISTER, M. Statistische Krankenhausdaten. In: ARNOLD, M. & PAFFRATH, D. (Orgs.) *Krankenhaus-Report'96.* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1996b.

RICHARD, S. & SCHÖNBACH, K. -H. German Sickness Funds under Fixed Budgets. In: GLENNERSTER, H. & SALTMAN, R. B. (Orgs.) *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America,* Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

RIEGE, F. *Gesundheitspolitik in Deutschland: Aktuelle Bilanz und Ausblick.* Berlin: Duncker und Humblot, 1993.

RINNE, K. & WAGNER, G. Droht ein „Krieg der Generationen"? Empirische Evidenz zur Zufriedenheit mit der Sozialen Sicherung. *Sozialer Fortschritt.* 44(12):288-95, 1995.

ROSENBROCK, R. PKV und Armenkasse? Die GKV nach der "Dritten Stufe der Gesundheitsreform". *Die Krankenversicherung,* 49(9):242-7, 1997.

RUIN, O. O desenvolvimento do modelo sueco. *Lua Nova,* 24:211-226, 1991.

RVO - *Reichsversicherungsordnung.* 20. Auflage. München: Beck-Texte im DTV, 1993.

SACHßE, C. Subsidiarität: zur Karriere eines sozialpolitischen Ordnungsbegriffes. *Zeitschrift für Sozialreform,* 40(11):717-45, 1994.

SALTMAN, R. B. & VON OTTER, C. *Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems.* Buckingham: Open University Press, 1992.

SANDMO, A.. Introduction: the welfare economics of the welfare state. *Scandinavian Journal of Economics,* 97(4):469-476, 1995.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça. A política social na ordem brasileira.* Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHÄFER, C. Mit falschen Verteilungs -"Götzen" zu echten Standortproblemen: Zur Entwicklung der Verteilung in 1995 und den Vorjahren. *WSI Mitteilung,* 49(10):597-616, 1996a.

SCHÄFER, C. Es gibt kein Standortproblem, sondern ein Verteilungsproblem. *Arbeit und Sozialpolitik*, 50(9-10/96):12-26, 1996b.

SCHIEBER, G. J., POULLIER, J. P. & GREENWALD, L. M. Health care systems in twenty-four countries. *Health Affairs*, 10(3):22-38, 1991.

SCHLESINGER, M. Wahlfreiheit, gesteuerte Versorgung und gesteuerter Wettbewerb: Interaktionen und Extrapolationen. In: BEHRENS, J. et al. (Orgs.) *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*. Baden-Baden: Nomos Verlag, 1996.

SCHMIDT, E. M. & MALIN, E. M. Beitragsrückzahlung in der GKV. Überlegungen zu Effekten einer Erprobungsregelung und erste empirische Ergebnisse. In: BEHRENS, J. et al. (Orgs.) *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*. Baden-Baden: Nomos Verlag, 1996.

SCHMIDT, M. G. Vom wirtschaftlichen Wert der Sozialpolitik. In: VOBRUBA, G. (Org.) *Der wirtschaftliche Wert der Sozialpolitik*. Berlin: Duncker & Humbolt, 1989.

SCHMITTER, P. Still the century of corporatism? *The Review of Politics*, 36:85-131, 1974.

SCHNEIDER, M. et al. *Gesundheitssystem im internationalen Vergleich, Ausgabe 1994*. Ausburg: Basys, 1995.

SCHNEIDER, M. et al. *Gesundheitssystem im internationalen Vergleich, Übersichten 1997*. Ausburg: Basys, 1997.

SCHNEIDER, W. Der Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Die Krankenversicherung*, 46(1/2):21-7, 1994.

SCHOLZ, W. Bemerkungen zur ökonomischen Begründung des deutschen sozialen Sicherungssystems und seiner Relevanz für Entwicklungsländer. *Sozialer Fortschritt*, 41(5/6):125-31, 1992.

SCHÖNBACH, K. -H. Strukturverträge und Modellvorhaben in der GKV. *Arbeit und Sozialpolitik*, 51(11/12):64-71, 1997.

SCHÖNIG, W. Zur Zukunft der Prinzipien sozialer Sicherung. In: *Sozialstaat wohin?: Umbau, Abbau oder Ausbau der sozialen Sicherung*. SCHÖNIG, W. & L'HOEST, R. (Orgs.) Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1996.

SCHULENBURG, J. M. G. von der. Die ethische Grundlagen des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland: Versuch einer Positionsbestimmung. In: Sachße, C. & Engelhardt, H.T. (Orgs.) *Sicherheit*

und Freiheit zur Ethik des Wohlfahrtsstaates. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1990.

SCHULENBURG, J. M. G. von der. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a german perspective. *Social Science & Medicine*, 39(10):1473-81, 1994.

SCHWABE, U. & PAFFRATH, D. *Arzneiverordnungs - Report'96.* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag. (WIdO Band 12), 1996.

SCHWARTZ, F. W. & BUSSE, R. Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystem - Vorschläge, Mythen und Aussichten. In: *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin* (Bernhard Blanke, org.) Opladen: Leske + Budrich, 1994.

SCHWARTZ, F. W. & BUSSE, R. Fixed Budgets in the Ambulatory Care Sector: the German Experience. In: SCHWARTZ, F. W., GLENNERSTER, H. & SALTMAN, R. B. (Orgs.) *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America.* Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

SCITOVSKY, A. A. Medical care in the last twelve months of life: the relation between age, functional status and medical care expenditures. *The Milbank Quarterly*, 66(4):640-660, 1988.

SEFFEN, A. *Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung.* Köln: Deutscher Institutsverlag, 1973.

SGB - *Sozialgesetzbuch. RVO - Reichsversicherungsordnung.* 20. Auflage. München: Beck-Texte im DTV, 1993.

SIEBEN, G. Das Krankenhaus als Gesundheitszentrum. *f&w-Führen und Wirtschaft*, 2(4):346-350, 1995.

SIEGERIST, H. E. De Bismarck a Beveridge: desenvolvimento e objetivos da legislação de previdência social. *Bulletin of the History of Medice*, 8:365-88, 1943.

SOZIALPOLITISCHE UMSCHAU - PRESSE UND INFORMATIONSAMT. Boletim da secretaria de Imprensa e Comunicação do governo federal. Bonn. Fascículos e datas diversos.

SPD. Gesetzentwurf der Fraktion SPD - Entwurf eines zweitens Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG II). *Deutscher Bundestag: 13. Wahlperiode. Drucksache* 13/3607, 1996.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1,* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 1980.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. Ausgaben für Gesundheit 1987. *Wirtschaft und Statistik,* 8/89:529-36, 1989.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1,* Stuttgart: Metzler Poeschel Verlag, 1990.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. Ausgaben für Gesundheit 1990. *Wirtschaft und Statistik,* 8/92:538-544, 1992a.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe* 1, Stuttgart: Metzler Poeschel Verlag, 1992b.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. Ausgaben für Gesundheit 1991. *Wirtschaft und Statistik,* 11/93:845-852, 1993.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1,* Stuttgart: Metzler Poeschel Verlag, 1994.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. Ausgaben für Gesundheit 1993. *Wirtschaft und Statistik,* 12/95:914-22; 823-6, 1995a.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. *Sozialleistungen - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung. Fachserie 13, Reihe 1,* Stuttgart: Metzler Poeschel Verlag, 1995b.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1993. *Gesundheitswesen. Fachserie 12, Reihe S.2* Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1996.

StBA- STATISTISCHES BUNDESAMT. Ausgaben für Gesundheit 1994. *Wirtschaft und Statistik,* 2/97:106-113; 103*-106*, 1997.

STEFFEN, J. Amerikanisierung des Gesundheitswesens. *Supplement der Zeitschrift Sozialismus,* 11/96, 1996a.

STEFFEN, J. Kaminrauch oder Pulverdampf? *Sozialismus,* 6/96:2-7, 1996b.

STEGMÜLLER, K. Wählen und Teilen: Skizzen zu den Konstellationen zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungsanbietern in der Organisationsreform des GSG. *Jahrbuch für Kritische Medizin,* 21:177-191, 1993.

STEGMÜLLER, K. *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Konzeptionen zur „dritten Reformstufe" der Gesetzlichen Krankenversicherung.* Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften, 1996a.

STEGMÜLLER, K. Gesunder Standort mit Kranken Menschen? Der Mythos vom Krankfeiern. *Dr. Med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen,* 21(102):26-30, 1996b.

STONE, D. *The Limits of Professional Power: national health care in the Federal Republic of Germany.* Chicago: University of Chicago Press, 1980.

STONE, D. Das Strategische Verhalten der Versicherer unter der Marktreform: die politischen und kulturellen Auswirkungen von Wettbewerb In: BEHRENS, J. et al. (Orgs.) *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland.* Baden-Baden: Nomos Verlag, 1996.

STOTZ, E. N. & GIOVANELLA, L. Globalização econômica, (des)regulação do mercado de trabalho e (des)proteção social - apontamentos sobre a conjuntura da Alemanha. In: COSTA, N. do R. & RIBEIRO, J. M. (Orgs.) *Política de saúde e inovação institucional.* Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, jornal diário, grande imprensa, datas diversas.

SVR-SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN. *Medizinische und ökonomische Orientierung, Vorschläge für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1987.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1987.

SVR-SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN. *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Eingenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich änderten Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht 1994.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1994.

SVR-SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN. *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirschaftlichkeit. Sondergutachten 1995.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1995.

TAYLOR-GOOBY, P. Welfare, hierarquia e a "nova direita" na era Tatcher. *Lua Nova,* 24:165-87, 1991.

TAZ - DIE TAGESZEITUNG, jornal diário, Berlim, grande imprensa, datas diversas.

TEIXEIRA, A. *O Ajuste Impossível: um estudo sobre a desestruturação da ordem econômica mundial e seu impacto sobre o Brasil*, 1993. Tese de Doutorado, Campinas: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. Rio de Janeiro: Edição do autor/Instituto de Economia Industrial da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TESTA, M. Estrategia coherencia y poder en las propuestas de salud - Parte I. *Cuadernos Médico-Sociales Rosario*, 38:4-24, 1987.

TITMUSS, R. *Essays on the Welfare State*. London: George Allen and Unwin, 1958.

TOPHOVEN, C. Gesundheitsziele - zur möglichen Renaissance eines Steurungskonzeptes. *Sozialer Fortschritt*, 47(4):92-97, 1998.

TUSCHEN, K. H. & WALZIK, W. Die neue Bundespflegesatzverordnung 1995. *DOK. Politik Praxis Recht* (AOK-Bundesverband), 76(18/19):644-8, 1994.

TUSCHEN, K. H. Aktuelle Entwicklungen der Krankenhaus-gesetzgebung. *f&w-Führen und Wirtschaft*, 13(2):93-100, 1996.

UGÁ, M. A. D. *Propostas de Reforma do Setor Saúde nos Marcos do Ajuste Macroeconômico*, 1997. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ULRICH, C. G. Möglichkeiten einer Steuerung des Versichertenverhaltens und die Bewertung einzelner Steuerungsinstrumente durch die Versicherten. In: BEHRENS, J. et al. (Orgs.) *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*. Baden-Baden: Nomos Verlag, 1996.

ULRICH, C. G., WEMKEN, I. & WALTER, H. Leistungen und Beiträge als Determinanten der Zufriedenheit mit der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Akzeptanz des Krankenversicherungssystems bei den gesetzlich Versicherten. *Zeitschrift für Sozialreform*, 40(6):349-75, 1994.

VDR-VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGTRÄGER *Rentenversicherung in Zeitreihen. Statitik. Ausgabe 1997*. Frankfurt am Main: VDR, 1997.

VOBRUBA, G. *Der wirtschaftliche Wert der Sozialpolitik*. Berlin: Duncker & Humblot, 1989.

VOLLMER, R. *Bundespflegesatzverordnung 1994*. Remagen: AOK Verlag, 1994.

WANEK, V. & STEGMÜLLER, K. Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 - Eine gesundheitspolitische Wende mit offenem Ausgang. *Demokratie und Rechte*, 2/93:135-45, 1993.

WANEK, V. *Machtverteilung im Gesundheitswesen: Struktur und Auswirkungen*. Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften, 1994.

WASEM, J. Sachleistungen oder Kostenerstattung: Steuerung zwischen Effizienz und Gleichheit. *Sozialer Fortschritt*, 47(3):58-64, 1998.

WEBER, D. Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. *Leviathan Zeitschrift für Sozialwissenschaft, Sonderheft*, 16:156-203, 1988.

WERNECK VIANNA, M. L. T. Notas sobre política social. *Physis*, 1(1):133-57, 1991.

WERNECK VIANNA, M. L. T. *Articulação de Interesses, Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas: a americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*, 1995. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Cândido Mendes.

WERNECK VIANNA, M. L. T. Política Versus Economia: notas (menos pessimistas) sobre globalização e Estado de Bem-Estar. In: GERSCHMAN, S. & WERNECK VIANNA, M. L. (Orgs.) *A Miragem da Pós-Modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

WERNER, B. & SEIDEL, J. Vergütungsform des Krankenhauses: Fallpauschalen Chancen, Risiken und Alternativen. *DOK. Politik Praxis Recht* (AOK-Bundesverband), 78(3):61-6, 1996.

WILKE, H. Die Steuerungsfunktion des Staates aus systemtheoretischer Sicht. In: GRIMM, D. (Org.) *Staatsaufgabe*. Franfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch, 1996.

WILKINSON, R. Relação internacional entre eqüidade de renda e expectativa de vida. In: BARATA, R. B. et al. (Orgs.) *Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Abrasco, 1997.

WINDHOFF-HÉRITIER, A. Die Veränderung von Staasaufgaben aus Politikiwissenschaftlich-institutionellersicht. In: GRIMM, D. (Org.) *Staatsaufgabe*. Franfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch, 1996.

WORLD BANK. *World Development Report 1993. Investing in Health*. Oxford/ Nova Iorque: Oxford University Press, 1993.

WYSONG, J. A., & ABEL, T. Universal health insurance and high-risk groups in West Germany: implications for U. S. health policy. *The Milbank Quarterly*, 68(4):527-560, 1990.

WYSONG, J. A., & ABEL, T. Risk equalization, competition and choice: A preliminary assessment of the 1993 German health reforms. *Sozial Präventivmedizin*, 41:212-23, 1996.

ZOIKE, E. Besondere Auswirkungen der gesundheitspolitischen Sparmaßnahmen auf Frauen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 46(7):250-3, 1997.

Formato: 16 x 23 cm
Tipologia: FrysBaskerville BT
Parisian BT
Papel: Pólen Bold 70g/m² (miolo)
Cartão Supremo 250g/m² (capa)
Fotolitos: Laser vegetal (miolo)
Quadratim Artes Gráficas Ltda. (capa)
Impressão e acabamento: Millennium Print Comunicação Visual Ltda.
Rio de Janeiro, novembro de 2001.

Não encontrando nossos títulos em livrarias,
contactar a EDITORA FIOCRUZ:
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9006, 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006 e 3882-9007
http//www.fiocruz.br/editora
e-mail: editora@fiocruz.br